WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1939
NUMER. 3
MARZEC

WYD. XIII R.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XIII. WARSZAWA, MARZEC 1939 R. NUMER III.

PRACE ORYGINALNE

NOWE POJĘCIA O HISTERII.

Dr. Natalia Zandowa.

Kilka dat historycznych.

Nazwę histerii stworzył Hippokrates. Z brzmienia tej nazwy wynika, że chorobę musiał on wywodzić z macicy (hystera — macica). Uważał ją zatem za cierpienie wyłącznie kobiet. Trudno jest obecnie pojąć, jak świat starożytny dawał sobie radę z podobnym mniemaniem wobec tego, że w owych czasach nie odgraniczano ściśle histerii od epilepsji. Być może nawet, iż padaczkę nazwano „Morbus Sacer" dlatego, że przypisywano jej cechy histerii z jej egzaltacją i zdolnością naśladowania cech świętości. (Gilles de la Tourette). Ponieważ zaś padaczka nawiedza mężczyzn również często, jak kobiety, musiano nieraz obserwować mężczyzn, ogarniętych drgawkami padaczkowymi. Nie mniej jednak przez wieki całe pokutowało twierdzenie, że na histerię może zapaść tylko kobieta. Nie pomogło nic, iż już w 1618 roku Karol Lepois ogłosił, że histeria nie jest cierpieniem macicy, lecz układu nerwowego, i że może wybuchać również i u mężczyzn, a nawet u dzieci. Przywilej zapadania na histerię pozostał nadal właściwością kobiet i nieraz pozwolił ginąć im na stosach, wzniecanych do walki z czartem. Nie pojmowano złożonego mechanizmu choroby i uważano go za dzieło szatana. Zresztą sama pacjentka wierzyła, że „złe" płynie ku niej od zewnątrz, od „czarta".

Nie można się dziwić, że wieki średnie nie dojrzały źródła histerii, gorzej jest, że i późniejsi badacze, nawet najzdolniejsi, budowali błędne teorie, starając się ogarnąć całokształt choroby. Nie udało się to żadnemu z nich, każdy dorzucał tylko jedną cegiełkę do gmachu ogólnego, przynosił jedno ziarno prawdy. Kiełkując, poruszało ono glebę, zachwaszczoną przesądami, jakie oddawna otaczały histerię. Praca szła jak po grudzie: mimo, że, jak wspomniano, Lepois dawno już przeniósł źródło choroby z macicy do układu nerwowego, to jednak stara teoria pokutowała w umysłach lekarzy jeszcze w ciągu 200 lat i nie dawała rozwinąć się nowej prawdzie. Trzeba było ponownego jej odkrycia (przez Georget w 1821 r.), aby zdobyła ona już w nauce prawo obywatelstwa.

Po trzydziestu przeszło latach (1859) Briquet naszkicował klasyczny obraz histerii i po raz pierwszy wypowiedział opinię, której twórczą intuicję można ocenić w pełni dopiero teraz.

Określił on mianowicie histerię, jako cierpienie *tej części układu nerwowego, która zarządza afektami i doznaniami uczuciowymi.* Waga tej opinii wypłynie w toku dalszych wywodów.

W porównaniu z dziełem Briqueta mniej imponująco przedstawia się koncepcja Charcota. Miał on nieszczęście zapoznać się z chorobą na oddziale mieszanym, gdzie histeryczki latami całemi przebywały razem z padaczkowymi chorymi;

demoralizowały się one całkowicie i produkowały złożone napady drgawek, naśladując epilepsję. Zwiedziony temi obrazami Charcot ujął w sztywne ramy opisu klinicznego fazy napadów histerycznych i sugestjonował swoje świeże chore, domagając się od nich podobnych napadów. Tworzyły je one posłusznie, wzbogacając swą chorobę w nowe szczegóły. W ten sposób z materiału tak plastycznego, jakim jest psychika histeryczki, Charcot wydobywał dowolne kształty, mnożył arsenał objawów histerycznych i zdołał stworzyć klasyczny obraz, który jednak zginął, gdy nie stało twórcy.

Janet (1893) pierwszy wprowadził do nauki o histerii pojęcia „zwężenia świadomości" oraz „rozszczepienia syntezy psychicznej". Odnajdziemy je w teorjach następnych badaczy zwłaszcza u Freuda. W najnowszych zaś badaniach zdobędą one uzasadnienie niejako anatomiczno - fizjologiczne, o czym mowa będzie poniżej. Janet wypowiedział jasno tezę, że wszystkie w ogóle objawy histeryczne należy zaliczyć do kategorii „rzekomo - cielesnych", opierających się w istocie rzeczy na gruncie wyobrażeniowym, nieświadomym.

Podobną koncepcję wypowiedział Möbius: histerycznymi są te wszystkie zmiany chorobowe, które powstają z wyobraźni, obok nich jednak istnieją u histeryków i inne objawy, które są reakcją na stany afektywne lub które stanom tym towarzyszą, a mianowicie objawy z dziedziny układu roślinnego w obrębie skóry, przewodu pokarmowego lub narządów płciowych. Niezależność ich od woli naszej wyklucza z góry słuszność twierdzenia, iż histeryk wszystko symuluje, a więc stwarza dowolnie.

Nie symulacja dominuje w duszy histeryka, ale raczej niezdolność opanowania bodźców uczuciowych (Kraepelin). Naogół wybuchowość popędowa i uczuciowa histeryków została uznana przez większość badaczy (Oppenheim, Binswanger, Ziehen, Vogt i in.) za aksjomat.

Babiński zwrócił uwagę raczej na intelekt histeryka i histerycznymi nazwał tylko te objawy, które powstają pod wpływem sugestii oraz znikają pod wpływem perswazji. Dla tak wykoncypowanej choroby wynalazł nową nazwę „pitjatyzmu".

Gdy jedni badacze dopatrują się źródła choroby w sferze uczuć, a inni w sferze intelektu, nie brak głosów, które oskarżają wolę (Bonhöffer, Kohnstamm, Cimbal i in.). Histeria wynikać ma z dążenia do uzyskania czegoś przyjemnego naskutek choroby (Gaupp).

Twierdzenie podobne odnajdzie się i u Freuda: „Chory ucieka od życia do choroby", ale u Freuda będzie to jedynie wyjaśnieniem postępowania chorego, nie zaś źródła choroby.

Na właściwe tory skierował myśl lekarską,jak zwykle, przypadek: Breuer leczył w latach 1880 — 1882 młodą histeryczkę.

Zauważył on, że podczas stanów zamroczenia świadomości wypowiada ona jakieś słowa, niezwiązane z treścią prowadzonej rozmowy. Zainteresowany tem Breuer wprowadził pacjentkę w stan hipnozy i wypowiadał słowa jej własne, ułatwiając w ten sposób snucie opowieści. Chora zaczęła produkować szereg wspomnień, zapomnianych na jawie oraz takich, których związku z chorobą nie podejrzewała. Tak np. chora cierpiała pomiędzy innymi na niemożność przyjmowania płynnych pokarmów. W hipnozie opowiedziała, iż piesek jej guwernantki pił raz ze szklanki. Widok ten napełnił ją wstrętem, nie dała mu jednak żadnego wyrazu, by nie obrazić wychowawczyni, mocno zresztą dla niej niesympatycznej. Opowiedziawszy o stłumionym niegdyś urazie, chora wypiła szklankę wody, wyzbywając się już na zawsze dolegliwości.

Podobnie było z objawem niedowładu i afazji: po przypomnieniu odpowiedniego urazu chora wyzbywała się cierpienia. Następowało tu jakby oczyszczenie duszy z dręczącego ją ciężaru. Procedurę tę Breuer nazwał „Katharsis" i podniósł do godności metody leczniczej. Ponieważ jednak tego rodzaju wspomnienia — urazy chorobotwórcze są nieświadome i na jawie chory o nich nie pamięta, leczenie przeprowadzano zawsze we śnie hipnotycznym. Freud, uczeń Breuera, stosował przez długie lata metodę mistrza, aż doszedł do koncepcji własnej, zgłębił histerię wszechstronnie i wytknął nowe drogi jej leczenia za pomocą psychoanalizy bez posługiwania się hipnozą.

ISTOTA CHOROBY.

Przeniknięcie do istoty histerii staje się możliwe dopiero dziś, kiedy z jednej stro-

ny Freud wyjaśnił dokładnie mechanizm psychologiczny jej powstawania, z drugiej zaś — nauka współczesna o odruchach w ogóle, odruchach warunkowych Pawłowa w szczególności, doszła do znacznego rozwoju.

Najprostszy skrót teorii Freuda może brzmieć tak: człowiek przychodzi na świat z całym mnóstwem popędów, pragnień i dążeń. Wszystkie one chcą wyładować się, wyżyć się, ujawnić się w życiu realnym.

Prawa społeczne, względy towarzyskie i kultura osobista zmuszają wiele z popędów do ukrycia się, do milczenia.

Stłumione, nie giną całkowicie, ale ze sfery świadomej schodzą w podświadomą. Tam wiodą swój żywot albo raczej walkę o możność życia i czekają cierpliwie na chwilę właściwą, kiedy uda im się znowu wydostać na powierzchnię duszy i — żyć.

Jedną z takich możliwości jest okres choroby — histerii. W histerii powracają stłumione niegdyć popędy, pragnienia, dążenia. Ale, niestety, nie udaje się im powrócić w ich postaci nieskażonej, jakimi były w zaraniu życia. Skomplikowane warunki życia psychicznego nałożyły na nie swoje więzy, zniekształciły je, nałożyły im tłumiki i teraz rozeznać ich postacie i zrozumieć ich głosy można jedynie z trudem, posługując się kluczem, jaki daje do rąk psychoanaliza.

A jakie popędy muszą być tłumione?

Te same, z którymi walczyła cywilizacja w ciągu tysiącleci, z któremi walczy wychowawca od najmłodszych lat dziecka. Jest to przede wszystkim popęd płciowy, któremu trzeba było zawsze nakładać mocne pęta, aby nie panoszył się zbytnio i nie pochłaniał wszystkich sił jednostki, który trzeba było regulować, aby wprowadzić jaki taki ład do życia zbiorowego. Dalej tłumić trzeba egoizm człowieka, aby nie chciał zagarniać wszystkiego dla siebie, bo życie gromadne wymaga pewnego choćby altruizmu, trzeba moderować wybuchowość jednostki, by nie chciała usuwać każdego, kto jej zawadza.

Instynkty więc najsilniejsze: egoizm i płciowość muszą być tłumione. Czyni to społeczeństwo przez normy, obyczaje i prawa; czyni wychowawca przez uwagi, przykłady i napomnienia, aż wreszcie zaczyna to samo czynić instancja wewnętrzna każdego z nas, instancja nazwana przez Freuda cenzurą wewnętrzną.

Jest to najsurowszy ze wszystkich stróżów: pod jego wpływem dusza nie tylko nie realizuje swych grzesznych chęci, ale do nich się nawet nie przyznaje; nie wie ona, że pragnie czegoś, co w języku kulturalnym nazywa się „złem".

Cała trudność zrozumienia i zaakceptowania teorii Freuda kryje się w tym właśnie, że trzeba uznać istnienie pragnień nieświadomych. Czy mogę chcieć czegoś, o czym nie wiem? Pyta zdumiony czytelnik. Powoli jednak oswaja się on z tą pozornie niemożliwą sytuacją i przyznaje, że, ponieważ świadomość jest znacznie węższa od podświadomości, nie może ona pomieścić wszystkiego, co zawiera ta ostatnia. Jeśli dla ilustracji weźmiemy choćby pamięć, to wiadomo, że wspomnienia, któremi rozporządza nasza świadomość w danej chwili, są znacznie mniej liczne, niż ich zapas, tkwiący w podświadomości. Trzeba pewnej pracy myślowej, pewnego nastawienia, aby przypomnieć sobie zdarzenia, wypadłe z pamięci. Zdawało się, że ich nie ma a oto znów są, znaczy, że tkwiły gdzieś w duszy, mimo, że nie było ich w świadomości.

I jeszcze jeden szczegół: zdarza się, że kiedy zapomniane staramy się przypomnieć sobie, nie udaje się nam, a kiedy już o zapomnianem nie myślimy, wypływa nagle w pamięci samoistnie. Dokonywała się zatem w duszy praca bez udziału naszej świadomości. Czy wobec tego nie trzeba świadomości nieco zdegradować i wyznaczyć jej inne należne, ale zgoła nie dominujące miejsce? W psychice więc naszej istnieją dwa departamenty: niewielki, zajęty przez świadomość, który można oznaczyć mianem świadomego „Ja" (das Ich-Freuda) oraz obszerny — zajęty przez podświadomość i nazwany przez Freuda „Ono" (das Es).

W tym ostatnim ma się jeszcze znajdować dziedzina „nieświadomego". Różnica pomiędzy podświadomym, a nieświadomym ma polegać na tym, że w pierwszym mieści się to wszystko, co było w świadomości i przez zapomnienie ztamtąd wypadło, ale znów może tam powrócić. Nieświadomość zaś zawierać ma popędy i pragnienia dziecięce, które nigdy nie były uświadomione i które nie mogą być uświadomione bez pomocy psychoanalizy.

Tak mniej więcej przedstawiać się ma struktura duchowa każdego osobnika.

Czym różni się od niej struktura histe-

ryczna? Kiedy świadome „Ja” traci moc czuwania nad harmonią wewnętrzną na skutek przyczyny chorobotwórczej (ciężkie przejścia moralne lub wyczerpanie fizyczne, a częściej jeszcze oba te stany razem), wtedy nieświadome „ono” zaczyna wydawać głosy: utajone pragnienia, stłumione popędy, krytykowane przedtem żądze zaczynają mówić. Mowa ta zresztą jest trudna do zrozumienia, bo są to głosy obce dla osobnika, żądze, których on nie nauczył się rozeznawać w sobie, pragnienia, które zawsze krytykował u innych.

Aby uciec od ohydy, której ulec nie chce, bo sprzeciwia się ona jego ideałom, wychowaniu i tej resztce cenzury wewnętrznej, jaka jeszcze kurczowo trzyma cugle duszy, osobnik szuka ucieczki w chorobie. Choremu wolno majaczyć, jego niegodnych zachcianek nikt poważnie nie weźmie, choroba pozwoli mu przestać walczyć ze sobą i zapewni mu opiekę otoczenia, pozwoli mu być znów dzieckiem, dziecku zaś wiele wolno i wiele wybacza się.

W takim ujęciu histerii znajdujemy potwierdzenie wszystkich dotychczasowych opinii „cząstkowych”, a więc i tej, która widzi w histerii osłabienie intelektu (K r a e p e l i n) z jego instancją filo- i ontogenetycznie najwyższą t. j. z cenzurą wewnętrzną, jak i innej, która przypisuje histerii nadmierne panoszenie się emocjonalności (Z i e h e n, B o n h o f f e r i in.) oraz tej, która twierdzi, że w histerii jest napięcie woli ku osiągnięciu pewnego celu (C i m b a l, K o h n s t a m m).

A nauka o odruchach w jakiej mierze przyczyniła się do zrozumienia mechanizmu histerii?

Dowiodła ona, że coraz bardziej złożonym odruchom odpowiada coraz to wyższe piętro układu nerwowego, a poza tym, że każdy odruch jest pożyteczny, ma swój cel i jest na sługach życia. Na poziomie rdzenia są odruchy odcinkowe względnie proste, obronne (np. cofanie kończyn, odruch B a b i ń s k i e g o, jako fragment ogólnego cofania kończyny i in.), odruchy chwytne (zginanie palców, podeszwowe, zamykanie dłoni i in.) oraz odruchy naprzemienne (zginania i rozginania kończyn, jak przy chodzeniu). Na poziomie opuszki mieszczą się odruchy bardziej złożone i przeznaczone już nie dla oddzielnych odcinków, lecz dla całokształtu ustroju (odruchy postawne, prostujące ciało dla zachowania pozycji stojącej i inn.).

W międzymózgowiu tkwią odruchy ustawne (nadające nowe położenia ciału po wyprowadzeniu go z poprzedniego). Na poziomie wielkich jąder szarych ogniskują się odruchy psychiczne, instynktowe, normujące zachowanie się psycho-ruchowe osobnika. Wreszcie w obrębie kory mózgowej tworzą się o d r u c h y w a r u n k o w e. Pod mianem tym P a w ł o w rozumie całe życie psychiczne z jego ideami, pragnieniami i dążeniami. Odruchy warunkowe zespalają ze sobą wszystkie odruchy zdeponowane na niższych piętrach w jedną całość, a mianowicie w postępowanie celowe, którym posługuje się cała osobowość dla wspinania się na coraz wyższe szczeble rozwoju.

Prawo, rządzące odruchami, wyraża się w tym, że każde wyższe piętro hamuje i normuje wszystkie piętra niższe. Zniszczenie jednego piętra obnaża i zwalnia z pod kontroli odruchy poniżej leżące, skutek czego następuje ich mniej więcej bezładne wyładowanie się.

Jeśli zestawić ze sobą oba szeregi wiadomości: z dziedziny nauki o histerii i z dziedziny refleksologii, to można dać pewne uzasadnienie anatomiczno-fizjologiczne histerii. A mianowicie można powiedzieć, że jest to stan chorobowy, w którym piętro najwyższe, kora mózgowa przestaje pełnić należycie swą czynność. Normalnie odruchy warunkowe tworzą się według pewnych, obowiązujących praw. Każdy odruch powstaje naskutek pobudzenia odpowiedniego ośrodka korowego. Pobudzenie to prowadzi za sobą hamowanie punktów kory mniej lub bardziej odległych. Ze stanowiska biologicznego jest to zjawisko niezbędne: muszą ustawać pewne czynności, aby nowa, aktualnie ważna mogła odbywać się należycie.

P r o c e s h a m o w a n i a o ś r o d k ó w n o s i n a z w ę i n d u k c j i u j e m n e j.

Odwrotnie hamowanie jakiegoś ośrodka t. j. wygasanie odruchu warunkowego prowadzi za sobą pobudzenie innych punktów korowych. Kiedy czynność aktualna wyczerpała się, przychodzą do głosu inne, dawniej wytworzone. Proces p o b u d z e n i a o ś r o d k ó w p r z e d t e m n i e c z y n n y c h nazywa się i n d u k c j ą d o d a t n i ą. Rywalizacja, jaka zachodzi pomiędzy pobudzeniem i hamowaniem ośrodków nerwowych t. j. pomiędzy induk-

cją dodatnią i ujemną doprowadza w ostatecznym wyniku do równowagi nerwowej.

U osób histerycznych do równowagi tej nie dochodzi; przeważa u nich indukcja ujemna (P a w ł o w) to znaczy, że wywołanie u nich odruchu warunkowego powoduje obszerniejsze i trwalsze zahamowanie innych ośrodków nerwowych, niż to ma miejsce w warunkach prawidłowych. Nawiasem dodać można, iż same odruchy warunkowe tworzą się u histeryków łatwiej i są trwalsze, niż u osób zdrowych (M a r i n e s c o, S a g e r i K r e i n d l e r). Dla ilustracji powyższych wywodów weźmiemy pierwszy z brzega przykład. Pacjentka po połknięciu ości od ryby ciężko zachorowała. Straciła apetyt, zdolność do pracy, chęć do życia, nawet miłość do męża zaczęła wydawać się jej sprawą przebrzmiałą. Jedyną troską stała się myśl o raku, jaki ją jakoby trawi wskutek zranienia gardła ością.

Posługując się terminologią F r e u d a zdarzenie z ością nazwiemy urazem psychicznym. Natrafiwszy na grunt podatny mocno neuropatyczny, wypadek w istocie swej błahy wywołał wielkie przerażenie, które utrwaliło się i przesłoniło sobą wszystko inne. Chora popadła w stan histeryczny, który nie był niczym innym, jak ucieczką przed życiem trudnym, wypełnionym konfliktami duchowymi, znacznie ważniejszymi, niż połknięcie ości.

Posługując się zaś terminologią P a w ł o w a, możemy o wypadku tym powiedzieć, iż połknięcie ości spowodowało bardzo silne pobudzenie jakiegoś ośrodka, a w następstwie gwałtowną indukcję ujemną t. j. zahamowanie szeregu ośrodków korowych. Ponieważ pomiędzy tymi ostatnimi, a ośrodkami podkorowymi musi istnieć łączność i zależność, jaka istnieje pomiędzy wyższym, a niższym piętrem układu nerwowego ,to zahamowanie szeregu punktów korowych pozbawiło odpowiednie ośrodki podkorowe ich nadrzędnych instancyj normujących. Wskutek tego ośrodki te wysuwają się na pierwszy plan i rodzą w duszy stany, płynące z ich pobudzenia, a więc stany wzmożonej emocjonalności.

W danym przypadku zapanował stan patologicznego lęku. Sprawą już późniejszą było urojenie o raku krtani. Można rozumieć je jako chęć podłożenia treści pod bezprzedmiotowe uczucie lęku.

W ten sposób ujęta konstrukcja histerii zbiega się z opinią K r e t s c h m e r a, który mniema, że zahamowanie ośrodków korowych pociąga za sobą panowanie aktów psychicznych niższych, automatycznych pochodzenia podkorowego.

Jeśli dodać, że najnowsze badania doświadczalne (K r a s n o g o r s k i i B u r k o w a) dowiodły, iż silne pobudzenie jąder podkorowych jest w stanie zniweczyć wyrobione już odruchy warunkowe, to tym samym zdobywa się wyjaśnienie fizjologiczne znanego faktu amnezji histerycznej pod wpływem silnego wzruszenia. Tak więc nauka współczesna doprowadza do rozwikłania zagadek, otaczających histerię, i daje grunt realny poglądom dawnych badaczy.

Histeria czy reakcja histeryczna.

Spotykamy się nieraz z następującym rozumowaniem: jeśli cała struktura psychiczna powtarza się u histeryka w tych samych zarysach, co u normalnego osobnika, to jaki moment upoważnia do rozpoznawania choroby? Nie brak nawet głosów, że „histerii" nie ma wogóle (R e i c h a r d t), że są jedynie „reakcje histeryczne", które mogą wystąpić u każdego w pewnych określonych warunkach życia (M ö b i u s).

Nawiasem zauważyć można, jak daleko opinia ta odbiega od idei Charcota, która brzmiała, iż histeria jest chorobą dziedziczną i jako taka wybucha nieuniknienie.

Fakt, że przejście pomiędzy histerią, a normą jest płynne, nie może decydować o skreśleniu jej z listy jednostek chorobowych, taki sam bowiem stosunek zachodzi pomiędzy innymi cierpieniami, a stanem normalnym, cierpieniami, uznanymi mimo to w medycynie.

Histerię rozpoznaje się wtedy, kiedy pacjent nie daje sobie rady ze swymi reakcjami histerycznymi i zapada w stan chorobowy, zmuszający go do szukania pomocy lekarza.

Trudno podać dziś jeden jakiś obraz kliniczny histerii, albowiem jest ich niezliczona mnogość: wszystkie wyobrażenia pacjenta, przyobleczone w kształty symboliczne, mogą stać się objawami choroby. Tak np. weźmy przypadek, w którym chora boi się wyjść sama na ulicę. Stan taki zrodził się w okresie, kiedy sytuacja życiowa pacjentki mocno się skomplikowała. Wyjście z niej wymagało jasnej i kategorycznej decyzji. Chora sama nie mogła się na nią zdobyć. Znużona walką wewnętrzną, zapra-

gnęła, aby ktoś mocniejszy od niej zdecydował za nią, poradził jej, poprowadził w życiu. I oto nagle chora produkuje objaw, wyrażający się niemożnością chodzenia samej po ulicy. Kiedy przemaga się i wychodzi z domu, to zdarza się, że ogarnia ją stan lęku z biciem serca, uginaniem się kolan i z gwałtownemi potami, tak że ludzie obcy interweniują i odprowadzają ją do domu.

Z płaszczyzny duchowej (niemożność powzięcia decyzji samodzielnie) chora przeszła na płaszczyznę fizyczną (niemożność chodzenia samej) i stworzyła objaw histeryczny, który jest w istocie swej symbolem bezradności pacjentki.

Podobny mniej więcej mechanizm ich powstawania wykryć można we wszystkich objawach histerycznych.

Objawy histeryczne są trwałe, trwalsze niż afekty, z których wzięły swój początek. Tak w przytoczonym przypadku sytuacja życiowa wyjaśniła się, chora wydobyła się ze ślepego zaułka, a mimo to jej niezdolność wychodzenia na ulicę samotnie pozostała jeszcze bardzo długo. Tłumaczenie tego faktu ułatwia nam znajomość praw, rządzących odruchami warunkowymi. Wspomniano wyżej, iż u histeryków są one trwalsze, niż u osób normalnych. Trzeba dłuższego czasu, aby raz wytworzony odruch wygasł. Dotyczy to najpewniej odruchów związanych z silnym afektem.

Oprócz histerii, cierpienia nie tak znów częstego w klinice, spotyka się niemal u wszystkich ludzi „reakcje histeryczne". Mianem tym nazwać należy taką reakcję, w której człowiek, mając przed sobą zadanie trudne do rozstrzygnięcia np. pragnienie, z którem nie zgadza się jego istota moralna (jego „cenzura wewnętrzna") zamiast rozpatrzyć wszechstronnie konflikt, powstały przez sprzeczne tendencje, by się z nim uporać i wybrać albo niemoralne pragnienie, albo idealną moralność, rezygnując świadomie z pierwszych, wybiera drogą najgorszą — zapomina o pragnieniu, spycha je gdzieś w mroki, oszukuje samego siebie, mówiąc sobie, że żadnych pragnień tego rodzaju nie posiada. Skazuje się w ten sposób na to, że w podświadomości jego żyć będzie wróg spokoju i harmonii wewnętrznej.

Takich „reakcji histerycznych" może być wiele w życiu, a mimo to człowiek ciągle jeszcze żegluje pod znakiem normy psychicznej. Wystarczy jednak jakiegoś wstrząsu psychicznego lub fizycznego, by wyłonił się obraz choroby. Pojęcie wstrząsu jest przytem względne: co dla jednostki mocnej, nieobarczonej dziedzicznie będzie drobnym epizodem, to dla neuropaty stanie się poważnym urazem i wpędzi go w stan choroby.

Rewizja zagadnienia histerii pod kątem poglądów współczesnych musi uwzględnić choćby pobieżnie objawy naczynioruchowe. Obecnie nauka stanęła na tym stanowisku, że objawy roślinne (krwawienie lub odwrotnie skurcz ze znieczuleniem skóry, gorączka, nieruchomość źrenic na światło itp.) mogą być pochodzenia psychogennego (W e s t p h a l, R e d l i c h, K o h n s t a m m i in.), a zatem mogą towarzyszyć histerii, nie będąc ani produktem symulacji, ani świadectwem cierpienia organicznego. Wiadomość, że stacją najważniejszą układu roślinnego jest okolica III komory, ściśle związana terytorialnie i funkcjonalnie z jądrami podstawnymi, ułatwia zrozumienie wszystkich wymienionych objawów roślinnych; mogą one powstawać na podłożu wadliwego hamowania lub pobudzenia odpowiednich ośrodków, które pozostają pod zarządem korowo-podkorowym tj. pod zarządem tych instancji, których czynności w histerii ulegają, jak powiedziano, wyraźnym zaburzeniom.

Leczenie.

Z chwilą, kiedy uznano, że objawy chorobowe powstają psychogennie, wyzbywanie się ich winno iść tą samą drogą i leczenie histerii powinno być psychiczne.

Wszystkie metody psychoterapeutyczne mogą być pożyteczne, o ile stosunek chorego do lekarza opiera się na zaufaniu. Przeświadczenie chorego, że w lekarzu znajduje to niezawodne oparcie, którego brak doprowadził go do utraty równowagi psychicznej, jest nieocenionym środkiem leczniczym. B l e u l e r ujął to w zdaniu: „Es kommt nicht darauf an, w a s man tut, sondern w i e man es tut" („nie jest ważne to c o czyni się dla histeryka, lecz j a k się to czyni"). Dlatego też uzdrawiały kolejno wszystkie stosowane metody: i wpływanie hipotezą, i sugestią i perswazją, a obecnie psychoanalizą.

W założeniu swym ta ostatnia metoda głosi, że objawy powstają naskutek afektów uwięzionych w podświadomości, że

uwolnienie ich stąmtąd drogą wglądu w życie głębi, wyzwala psychikę chorego. W praktyce jednak szkoła Freuda doszukuje się wyłącznie afektów, związanych z płciowością i stara się wszystkie urazy (jak np. niezaspokojonej ambicji, skąpstwa i in.) doprowadzić w ostatecznej analizie do jedynego źródła — do urazu płciowego w wieku dziecięcym.

Gdyby nawet tak było, to nie zawsze można i należy obnażać wobec chorego jego nastawienie erotyczne. Nie można tego czynić w stosunku do dzieci, do ludzi, stojących nisko pod względem rozwoju umysłowego, a również w stosunku do osób, które nie dadzą sobie rady z ogromem swej płciowości, choćby nawet uświadomionej. Tak np. kiedy kobieta nie może wyżyć się płciowo na drodze legalnej, a ma skrupuły moralne, nie pozwalające jej wyżywać się na drodze nielegalnej, to wykazanie jej, że cały stan chorobowy płynie ze źródła niezaspokojonej płciowości niewiele pomoże w sytuacji życiowej, „ucieczka do choroby" może nadal pozostawać dla niej wyjściem z ram trudnej rzeczywistości.

Wydaje się, że psychoanaliza najlepiej pomaga tam, gdzie objaw jest wyrazem afektu dawno przebrzmiałego, tkwiącego w przeszłości, nie zaś świeżego, od którego zależy konflikt aktualny.. Tak np. w przypadku, cytowanym w „Warsz. Czasop. Lekarskim" (Nr. 14 rok 1935) 64-letnia kobieta skarżyła się, że napada ją płacz w określonej porze dnia. Psychoanaliza wykryła, że objaw wiązał się ze wspomnieniem o śmierci ojca, ciosem już dawno przez chorą zapomnianym. Moc chorobotwórczą zdobył on przez powiązanie z innym konfliktem, aktualnym, a mianowicie wynikającym z tego, że ukochany syn pacjentki wyjechał i przestał do niej pisywać. Kiedy wyjaśnił się związek pomiędzy napadami płaczu, a godziną śmierci ojca, incydent nerwowy został zlikwidowany. Nie udało się jednak uwolnić chorej od innych objawów wynikających z niezaspokojonej miłości do syna. Rana stara, związana z ojcem, ucichła, kiedy chora zrozumiała wymowę objawu histerycznego; psychoanaliza nie pomogła na ranę świeżą, płynącą z niezaspokojonego uczucia macierzyńskiego.

Tam, gdzie nie można stosować psychoanalizy, trzeba uciec się do innych metod: do oddziaływania za pomocą sugestii, do leczenia pracą, do kierowania niezaspokojonej energii uczuciowej na drogę osiągalną, np. w przytoczonym przypadku nakłanianie chorej do wypełniania macierzyńskich obowiązków względem córki, którą miała przy sobie.

Jeśli nawet nie zawsze psychoanaliza wiedzie do zdrowia i nie zawsze może być stosowana, jako metoda lecznicza, to zawsze jest nieodzowna, jako metoda diagnostyczna. Ułatwia ona lekarzowi poznanie źródła choroby i pozwala wybrać drogę leczenia. Wszystkie metody łącznie z psychoterapią będą dobre, o ile dadzą wyzdrowienie.

Profilaktyka.

W histerii, może więcej, niż w każdej innej chorobie, należy zwrócić uwagę na profilaktykę. Zważywszy, że w odpowiednich warunkach każdy może zapaść na histerię (Möbius), należy uodporniać przeciw niej młodzież. Najwdzięczniejsze zadanie ma nowoczesna nauka o histerii na polu pedagogiki i higieny psychicznej.

Znając tajniki duszy dziecięcej i rolę urazów, płynących z pierwszych doświadczeń płciowych, nie wolno zamykać oczu na szereg zjawisk w tym okresie życia. Mało jest wychowawców, którzy doceniają znaczenie onanizmu u kilkomiesięcznych niemowląt, którzy zastanawiają się poważnie nad zjawiskiem ssania palca przez osesków. Bagatelizują je i zapominają o „drobiazgach", w najlepszym zaś razie wydają zakaz czynienia tego, nie troszcząc się, co stać się może z niezużytą energią. Tymczasem, pozostawiona luzem, schodzi ona w podziemia i czeka na chwilę wyzwolenia. Współczesna pedagogika musi wciągnąć wszystkie wiadomości o dziecku w krąg swych rozważań, musi zjawisko płciowości niemowlęcej interpretować właściwie, a energię niezużytą naskutek zakazu ssania palca lub onanizowania się skierować na inne tory, „sublimować" ją, rozumie się, w sposób zgodny z psychiką niemowlęcia. Ponieważ dziecko takie dowodzi, że posiada energię do szukania przyjemności w nadmiarze, trzeba ją odprowadzać na inne tory, odpowiednie do wieku (zabawa, gimnastyka, sen itp.) lub nawet zmniejszać pobudliwość nerwową środkami kojącymi.

Później w wieku młodzieńczym, w okresie „burz i wzlotów", jak wiele zdziałać

może opiekun, uświadomiony co do wymowy afektów młodocianych, jak ustrzec potrafi przed chorobliwym nastawieniem jednostki tłumacząc jej, ile dobrego dać można, przeobrażając nadmiar energii płciowej na tory twórczo - artystyczne, naukowe i społeczne.

A jak ważne jest uświadamianie w tej sprawie kobiet samotnych, istot z natury rzeczy predysponowanych do histerii. Jak kierowanie niemi i wprowadzanie na drogę pracy interesującej, pochłaniającej całą ich istotę, zapobiec może dezorganizacji, jaką powoduje nieuświadomiony niedosyt płciowy.

Zadania biologiczne świadomości, jako regulatora bytu, może uwidocznić się najbardziej tu właśnie, gdzie świadomość ma sterować postępowaniem i omijać rafy podświadomej erotyki.

Z dwuch stron płyną zarzuty przeciwko psychoanalizie: z jednej, która widzi w niej wyolbrzymianie płciowości, oraz z innej, dla której wkraczanie świadomości w ciemny świat erotyki, pozbawia go wszelkiej poezji i wyjaławia życie.

W imię prawdy trzeba jednak przyznać, że twórcy nowej nauki o histerii chcą tylko zmniejszyć siłę destrukcyjną płciowości podświadomej i uczynić z niej potęgę twórczą w każdej dziedzinie życia.

O PODSTAWACH WYTYCZNYCH BADANIA I LECZENIA CHORYCH NA DYCHAWICĘ OSKRZELOWĄ

Próba racjonalnego ujęcia zagadnienia.

Podał

Michał Szour (Warszawa)

I. Czynniki chorobotwórcze w dychawicy oskrzelowej.

Jakkolwiek dane współczesne, dotyczące przyczyn i wywodu chorobowego dychawicy oskrzelowej są jeszcze wielce chwiejne i często rozbieżne, to jednak można na ich podstawie uzależnić zgrubsza pochodzenie dychawicy oskrzelowej od następujących czynników chorobotwórczych: 1) skazy ustrojowej, 2) gotowości („dyspozycji") allergicznej, 3) miejscowej nadwrażliwości w obrębie płuc, 4) oddalonych od płuc „ognisk zadrażnienia", 5) tzw. allergenów i 6) od mniej lub bardziej utorowanego mechanizmu napadu dychawicy oskrzelowej. Każdemu z tych czynników, których poważne uwzględnienie stanowić powinno, zdaniem naszym, podstawę rozważań rozpoznawczych i leczniczych w przypadkach omawianej choroby, poświęcimy po kilka uwag.

Ad 1) Organizmowi astmatyków przypisywane były i są r ó ż n e s k a z y u s t r o j o w e, stanowiące podłoże choroby. Najczęściej podnoszono tu znaczenie skazy neuro-artretycznej, wysiękowej, naczynio-neurotycznej, eozynochłonnej, ostatnio zaś — allergicznej. Gdy poddamy każdą z tych skaz szczegółowemu rozbiorowi, to dojdziemy do wniosku, że zasadnicza odrębność każdej z nich jest bardzo problematyczna, bowiem wspólne cechy łączą szereg skaz. Nie wchodząc w szczegóły powyższego problemu, podkreślić należy, że ustrój astmatyka odznacza się przeważnie odmienną od normalnej odczynowością, co objawia się głównie w zakresie nerwowonaczyniowym i co ogólnie imponuje, jako nadwrażliwość organizmu. Przy bardziej szczegółowym badaniu ustroju astmatyka spostrzega się w nim nieraz odchylenia od równowagi systemu nerwowego wegetatywnego, zaburzenia czynności układu gruczołów dokrewnych, niedomogę czynnościową wątroby, nieprawidłową czynność układu siateczkowo - śródbłonkowego, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, a w szczególnych przypadkach i inne dość różnorodne czynnościowe zmiany ustrojowe. Odmienność ustroju astmatyka najczęściej jest własnością wrodzoną; nie wyłączone są jednak, według pojęć współczesnych, i nabyte stany skazy „astmatycznej" [1]). Skaza ta cechluje członki napiętnowanego przez całe życie lub długie lata. Uznać należy, że skaza astmatyczna osiąga w organizmie różne stopnie swego natężenia. Gdy natężenie jej jest znaczne, astmatyk stale pod wpływem czynników dodatkowych nawet o słabym napięciu, zapada na napady dychawicy oskrzelowej (lub jej równoważniki). Przy słabszym stopniu skazy bodźce dodatkowe dopiero w większej mocy zdołają wywołać stan chorobowy. W braku takich bodźców, organizm „skażony" nie może być wolny od choroby w ciągu wielu lat, chory zaś już osobnik może się zwolnić od napadów dychawicy oskrzelowej na dłuższy okres czasu.

Ad 2) Pod „allergiczną dyspozycją" rozumie Kämmerer [2]) okresowo gotowość allergiczną, nabytą za życia pod pewnymi wpływami. Ma to oznaczać, że w stanie gotowości astmatycznej może się okazać w pewnych warunkach i człowiek nie obarczony skazą. Osobiście chcemy pod allergiczną, względnie „astmatyczną" gotowością („dyspozycją") rozumieć i okresowe wzmożenie zwykłej odziedziczonej lub wrodzonej skazy. Wzmożenie się skazy lub zjawienie się gotowości astmatycznej po raz pierwszy nastąpic może pod wpływem przebytych zakażeń, okresu pokwitania i przekwitania, pór roku, zmiany klimatu w

---

[1]) Dla uniknięcia rozważań na temat spornego jeszcze określenia allergii i znaczenia jej w dychawicy oskrzelowej, będziemy tu nieraz oznaczali pojęcie skazy allergicznej bardziej ogólnym określeniem — „skazy astmatycznej".

[2]) Podręcznik — Allergische Diathese u. allergische Erkrankungen, II wydanie J. F. Bergmanna, Monachium, r. 1934.

nowym miejscu pobytu, stanu psychiki, drażniących używek i t. d. Omawiana gotowość dychawicza ma doniosłe znaczenie w powstawaniu i przebiegu dychawicy oskrzelowej.

Ad 3) Jak wiadomo człowiek obciążony skazą może być dotknięty w ciągu swego życia znamiennymi dla niej zespołami chorobowymi. Zwłaszcza ze skazą allergiczną łączymy obecnie różnorodne choroby t. zw. allergiczne, których tu szczegółowo wymieniać nie będziemy, a których liczba według nowszych danych stale wzrasta. Dość wspomnieć, że ostatnio do chorób allergicznych, prócz dawniej wymienionych — pokrzywki, wyprysku, migreny, dny, allergicznych kurczowych zachorzeń jelit i in., zalicza się już i gościec stawowy, niektóre postacie kolki wątrobianej, częstoskurcz napadowy, dusznicę bolesną itd. Przypomnimy tu i równoważniki dychawicy oskrzelowej. Jeżeli zatem osobnik „skażony" zapada na astmę oskrzelową, rozgrywającą się w obrębie płuc, to uznać należy, że w płucach chorego istnieje w tym wypadku miejscowa gotowość chorobowa, względnie nadwrażliwość, — t. zw. „epine irritative locale", według Bezançona i Jonga[3]). W części przypadków dychawicy oskrzelowej takie „miejscowe ognisko zadrażnienia" da się stwierdzić klinicznie. Mogą to być stare lub według nas i świeże zmiany gruźlicze w płucach, albo zmiany w płucach kiłowe, zwłaszcza ich marskość lub też inne zachorzenia tkanki płucnej; w grę wchodzą również i wtórne objawy w płucach, np., zastoinowe lub uciskowe ze strony powiększonych gruczołów chłonnych wnęki płuc, z powodu zniekształcenia klatki piersiowej, skrzywienia kręgosłupa i t. d., jakoteż i pierwotny przewlekły nieżyt oskrzeli, ich rozstrzenie itp. Czynnik ten — miejscowa nadwrażliwość w płucach — odgrywa w powstawaniu napadów dychawicy oskrzelowej niemałą rolę i zasługuje na baczną uwagę lekarza.

Ad 4) Już za dawnych czasów (Voltonili w 1871 r.) zwróconą uwagę, że cierpienie narządów oddalonych od płuc, też wpływać mogą na powstawanie napadów dychawicy oskrzelowej. Zwłaszcza dawniej przypisywano duże znaczenie pod tym względem zmianom w noso-gardzieli, w narządach rodnych kobiecych i t. p. Po dłuższym okresie sceptycznego stosunku do tych czynników chorobowych, nastąpiła ostatnio ich rehabilitacja, uznana wprawdzie nie przez wszystkich autorów. Tak Jacquelin w r. 1936[4]), przyłącza się raczej do autorów, którzy do dziś dnia nie nadają większej wagi zmianom nosowo-gardzielowym w pochodzeniu napadów omawianej choroby. Na zasadzie przeszło 20-letnich studiów nad dychawicą oskrzelową, stwierdzić możemy, że rola tych czynników pozapłucnych w dychawicy oskrzelowej jest ogromna. Nieraz przekonywaliśmy się o doniosłym znaczeniu dla powstawania i przebiegu rozważanej choroby zarówno zmian w noso-gardzieli, jak i innych zachorzeń poza płucnych. Pod tym względem nadajemy dużą wagę skrzywieniu przegrody nosowej, zwłaszcza w jej górnej części wobec anatomicznego jej stosunku do ciała lub ogona muszli środkowej, kolcom przegrody, zapaleniu jam obocznych, jakoteż chorobom wątroby, woreczka żółciowego i dróg żółciowych, zapaleniu wyrostka robaczkowego, wrzodowi żołądka, dwunastnicy, kamicy nerkowej, nieżytowi przewlekłemu jelit, czerwiwości, chorobom narządów kobiecych, zwłaszcza przewlekłym zapaleniom ich i in. Stąd wynika (p. ad 3 i 4), że dokładne badanie klatki piersiowej i całego organizmu astmatyka ma niezmiernie ważne znaczenie dla określenia u niego osobniczych cech postaci dychawicy oskrzelowej.

Ad 5) Nie będziemy tu omawiali natury i rodzaju licznych t. zw. allergenów. Wspomnimy tu tylko, że ważniejszymi grupami allergenów są różne gatunki pyłu organicznego (emanacja zwierząt, roztocza, pleśni i t.d.), substancje pokarmowe, pyłki kwiatów, a według części autorów i drobnoustroje. Podkreślić należy, że czynnikiem chorobotwórczym w allergenach nie koniecznie musi być substancja białkowa. Również lipoidy, krystaloidy i połączenia chemiczne mogą być chorobotwórczymi allergenami. Stąd znaczenie allergenowe związków chemicznych i leków. Przypomnimy tu również o półantigenach Forsmana, o niepoznanej dotychczas istocie allergenów klimatycznych, t. zw. miazmatów. Bardzo prawdopodobne nadto jest również istnienie t. zw. fizycznej al-

[3]) Por. dzieło zbiorowe: L'Asthme, Masson et C-ie, r. 1932, artyk. F. Bezançona.

[4]) Pr. Méd. N. 30, r. 1936.

lergii, gdy światło, ciepło, mechaniczne bodźce grają rolę allergenów, bowiem pod ich wp.ywem z białka ustrojowego powstają jady w rodzaju histaminy o znaczeniu allergenowym. W części przypadków dychawicy oskrzelowej poznanie tych tzw. allergenów jest nieodzownym warunkiem określenia postaci i metody leczenia omawianego zachorzenia.

Ad 6) Wreszcie bez względu na te lub inne powyższe czynniki chorobotwórcze występuje znamienny mechanizm samego napadu kurczowo-oskrzelowej i naczynioruchowej, wydzielniczej dychawicy. Przybyła tu ostatnio oryginalna koncepcja mechanizmu napadu A b r a m i'e g o[5]) — pierwotnej ostrej rozedmy płuc z wtórnym wyrównawczym kurczem oskrzeli. Pomimo tych różnych teorii, wydaje się niewątpliwym przeważający, względnie pierwotny, patogenetyczny udział w mechanizmie napadu ostrych zaburzeń równowagi systemu nerwowego wegetatywnego w obrębie płuc. Mechanizm napadu o znanych typowych objawach jest utorowany u wielu chorych tak doskonale, że wystarczy najbłahszej przyczyny — lekkiego fizycznego wysiłku lub zdenrwowania, by napad się zjawił. U innych zaś astmatyków utorowanie tego mechanizmu nie osiągnęło doskonałości, — i tylko czynniki o większej mocy zdołają go wprowadzić w ruch. Okoliczność ta w ocenie przypadków dychawicy oskrzelowej ma duże znaczenie.

Powyższe główne czynniki chorobotwórcze dały się podzielić na grupy i w zależności od przewagi tego bądź innego głównego lub podrzędnego czynnika dałoby się podzielić dychawicę o skrzelową na dość liczne osobne postaci, uczyniliśmy to na innym miejscu[6]); podziału tego tu unikamy, by nie przekraczać ram tematu. — Nie we wszystkich przypadkach czynniki powyższe muszą być jasno lub wogóle zaznaczone. Tak np. chory z silnie w sobie rozwiniętą skazą ustrojową astmatyczną i bez okresowego wzmożenia tej skazy t. zw. gotowości astmatycznej, pod wpływem allergenów, na które jest uczulony, zapadnie na napady dychawicy oskrzelowej. Przy mniejszym napięciu skazy i braku gotowości allergicznej, by wystąpiły napady tej choroby, może się okazać konieczne nie tylko działanie allergenów swoistych, ale i obecność miejscowej nadwrażliwości, wyraźnie zaznaczonej. W innych wypadkach możemy nie stwierdzić cech ani skazy, ani gotowości allergicznej, do wywołania bowiem napadów astmy wystarczyć mogą inne omówione wyżej czynniki, zwłaszcza, gdy mechanizm napadu z łatwością toruje sobie drogę. Możliwe są tu różne kombinacje, które podlegają zbadaniu w każdym przypadku dychawicy oskrzelowej.

Podamy tu odnośne przykłady. I) Chora K., lat 28, dziedzicznie obciążona (ojciec choruje na dych. oskrz.) cierpi od dzieciństwa na zespoły chorobowe allergiczne — pokrzywkę, wyprysk, nieżyt grubych jelit rzekomobłoniasty, migrenę. Od kilku lat zapada co kilka dni na napady astmy oskrzel. pod wpływem różnorodnych allergenów, zawartych w kurzu domowym, w pyłku kwiatów, w naftalinie i t. d. W przypadku tym zbędne jest okresowe wzmożenie skazy, t. zw. gotowość astmatyczna, by wystąpiły napady choroby. — II) W 2-im przypad., dotyczącym chłopca lat 13, który obok allergicznych wysypek na skórze, cierpiał na napady naczynio-ruchowego nieżytu śluzówki nosa i napady dych. oskrzel., nastąpiło zwolnienie choroby na przeciąg 1½ roku. Przed 3-ma miesiącami chory przebył płonnicę. Od tego czasu — silny stan astmatyczny (status asthmaticus). U chorego tego stwierdza się również skazę astmatyczną, lecz w natężeniu łagodniejszym, niż w przyp. 1 - ym. Gdy skaza ta wzmogła się pod wpływem przebytego zakażenia, wystąpiła obostrzona „gotowość astmatyczna", i stan chorego uległ wybitnemu pogorszeniu. III) Chora M., lat 43, dopiero od dwuch lat cierpi na napady dych. oskrz. Wywiady rodzinne i osobiste bez znaczenia. Pierwszy atak choroby wystąpił po przebytym odoskrzelowym zapaleniu płuc przy jednoczesnych zaburzeniach miesiączkowania.. W przypadku tym nie ma klinicznych danych odnośnie do skazy lub gotowości astmatycznej. Chora została dotknięta cierpieniem prawdopodobnie wskutek powstałej nadwrażliwości w płucach i zaburzeń węwnątrzwydzielczych. IV) Chory E., lat 31, cierpiał na jamistą gruźlicę płuc (Phtisis cavitaria stationaria według podziału W. N e u m a n n a). Każde obostrzenie sprawy swoistej w płucach wywoływało stan astmatyczny. W wywiadach, dotyczących rodziny chorego oraz pacjenta przed wystąpieniem czynnej gruźlicy płuc — brak zachorzeń allergicznych. Zależność dychaw. oskrzelowej w tym przypadku od gruźlicy płuc (miejscowa nadwrażliwość i uczulenie ustroju na toksyny gruźlicze) jest niewątpliwa W jednym z obostrzeń procesu swoistego wraz z jednoczesnym stanem astmatycznym, chory zginął. V) Chory M. lat 54, piekarz, pracujący w swym zawodzie od 30 lat. Przed 1½ rokiem pierwszy napad dychawicy oskrzelowej. Obecnie po kilku godzinach pracy u pacjenta stale występują napady choroby. Gdy pacjent przerywa pracę zawodową na kilka tygodni — jest w tym okresie czasu zupełnie wolny od jakichkolwiek dolegliwości. W przyp. tym długotrwałe uczulenie na allergeny, zawarte w mące, doprowadziły do choroby. Gdyby chory odznaczał się skazą lub gotowo-

[4]) Por. L'Asthme, artyk. P. Abrami, str. 43.
[6]) W. Cz. Lek. Nr. 43—44, r. 1937.

ścią, astmatyczną w dostatecznym stopniu, napady dychawicy oskrzelowej wystąpiłyby u niego przy zetknięciu się z allergenem znacznie wcześniej. — VI) Chora P., lat 56, — od 15 lat cierpi na ciężką postać dychawicy oskrzelowej. Jest osobą neuropatyczną. Wobec długotrwałej choroby pacjentki, otoczenie uprzykrzyło sobie chorą. Dążąc podświadomie do wzbudzenia współczucia rodziny dla swego stanu zdrowia, chora może niemal w dowolnym czasie zapaść na typowy napad astmy oskrzelowej (nieświadomie, bowiem każdy napad choroby wywołuje u niej silny lęk i niekłamane cierpienia). Napady występują u niej ponadto pod wpływem zimna, szybkiego ruchu, kurzu i t. d. Stwierdza się w tym przypadku niezwykłą łatwość występowania mechanizmu napadu, niezależnie od innych czynników chorobotwórczych.

Jeżeli w okresie międzynapadowym występuje kilka z omówionych wyżej czynników chorobowych lub ewent. wszystkie, to gdy w leczeniu opanujemy skutecznie jeden tylko z tych czynników, to i wtedy ujawnić się może krótsze lub dłuższe zwolnienie choroby, względnie poprawa stanu zdrowia, pomimo, że nie uwzględniamy nawet wcale pozostałych czynników chorobotwórczych. Rozumie się, że umiejętne terapeutyczne zadziałanie na kilka lub wszystkie aktualne czynniki będzie skuteczniejsze i pewniejsze. W każdym razie, gdy z łańcucha ogniw czynnych chorobowych usuniemy jedno, wysiłki nasze zupełnie bezcelowe nie będą. Natomiast, jeżeli będziemy w leczeniu zwalczali czynniki, które u danego chorego lub w pewnym okresie jego choroby nie odgrywają większej roli, albo nie zaatakujemy terapeutycznie tego czyninika chorobotwórczego, który w spostrzeganym okresie choroby ma dominujące znaczenie, to wyniki leczenia mogą być zupełnie ujemne lub też bardzo nikłe. Stąd wynika nieodzowna konieczność w leczeniu chorego na dychawicę oskrzelową dokładnego poznania obecności, stopnia natężenia i aktualnej roli omówionych wyżej podstawowych czynników chorobotwórczych.

Do krótkiego też omówienia metodyki rozpoznania powyższych zjawisk przechodzimy w rozdziale następnym.

II. Rozpozanie czynników chorobotwórczych w dychawicy oskrzelowej.

1) Skazę allergiczną (astmatyczną) rozpoznajemy wtedy, gdy na rozpoznanie to naprowadza fakt istnienia dych. oskrzelowej od najwcześniejszego dzieciństwa albo szeregu chorób współistniejących z nią, a będących również wyrazem danej skazy, dłuższe zupełnie bezobjawowe przerwy w napadach dychawicy oskrzelowej, t. zw. „sucha" postać tej choroby, poza tym badanie kliniczne, farmakodynamiczne i t. d. W badaniu skazy t. zw. allergicznej lekarz powinien wziąć pod uwagę istnienie dziedziczności, zjawisk nadwrażliwości i idiosynkrazji, skłonność do uczulania się na t. zw. allergeny, tendencję poszczególnych narządów do stania się wstrząsowymi, — winien zbadać stan napięcia układu nerwowego wegetatywnego, zaburzenia czynności układu dokrewnego i siateczkowo-śródbłonkowego, objawy naczynioruchowe, czynność wątroby (której przypisuje się coraz większą wagę w allergii), zdolność wydzielniczą i wchłaniającą błony śluzowej żołądka i jelit, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i t. d. i t. d.

Studium powyższych zmian rzuca wiele światła na dany przypadek dychawicy oskrzelowej, jest jednak ogromnie powikłane i w całości nie może być przeprowadzone w każdym przypadku tej choroby. Lecz szybkie, a jednak miarodajne zorientowanie się w czynnościach poszczególnych układów i narządów jest niezbędne. Pomocne nam tu mogą być próby: 1) nadwrażliwości skórnej na łuski skóry ludzkiej (St. v. Leeuven — 90 — 95% wyników dodatnich w allergiczne jskazie, 2) takiejże nadwrażliwości na tuberkulinę (St. v. Leeuven), pepton, histaminę [7]), 3) stwierdzenie wagotonicznego typu krzywej po wstrzyknięciu adrenaliny (Tonietti) [8]), 4) określenie odczynu globulinowego według E. Mayera i Michelsa [9]), 5) zmniejszonej zdolności wiązania kwasu salicylowego przez krew (St. v. Leeuven i Drżemal [10]), 6) badania pęcherza kantarydo-

[7]) Metodyka wykonania prób nadwrażliwości skórnej — p. W. Orłowski, Wiedza Lek., r. 1934, zeszyt III, str. 72.

[8]) Po wstrzyknięciu 1 mgl. Adrenaliny wzmaga się ciśnienie maks. tętnicze krwi w ciągu 1—2 min. u osobników normalnych i ze wzmożonym napięciem układu nerwowego współczulnego, w wagotonicznym zaś typie krzywej przeciwnie — obniża się.

[9]) U normalnych osobników przy powtórnym wstrzyknięciu substancji nieallergenowej (np. hipertonicznego rozczynu NaCL) zwiększa się w surowicy krwi zawartość % albumin, u allergików — zaś globulin.

[10]) Arch. f. exper. Pathol. 102 r. 1924.

wego według Kaufmana[11]), 7) wykrycie proteozy w moczu, według Oriela i Barbe'a[12]), 8) badanie morfologiczne krwi (eozynofilia, limfocytoza). Biorąc ponadto pod uwagę, że, jak ze współczesnych poglądów wynika, zmniejszenie się sprawności czynnościowej wątroby, względnie uszkodzenie jej miąższu, sprzyja wydatnie powstawaniu stanów chorobowych allergicznych, należałoby w każdym przypadku dychawicy oskrzelowej przeprowadzić badanie różnorakich czynności wątroby, dotyczących przemiany węglowodanowej, barwikowej, azotowej, wodnej, odtruwającej i t. d. Dla celów praktycznych przeważnie wystarczy przeprowadzić zwykłe badanie kliniczne wątroby (jej powiększenie, bolesność i t. p.), białkówek oczu i skóry (podżółtaczkowe lub żółtaczkowe zabarwienie, świąd), laboratoryjny rozbiór moczu (na urobilinogen, kwasy żółciowe), kału (wygląd, próba na barwiki żółciowe Schmidta i t. d.), surowicy krwi (próby pośrednia i bezpośrednia Hijmans-van-d. Berg'a) i od czasu do czasu badanie zawartości dwunastnicy[13]) (białko, żółć, urobilinogen w obydwu porcjach żółci, barwiki żółciowe, drobnowidowo - kryształy cholestryny, ropne ciałka i t. d.). Prócz powyższych badań wykonujemy nieraz próbę wodną novasurorolową[14]), a ostatnio dość często próbę Takata-Ary[15]). Podamy tu jeszcze, że dla określenia odtruwającej czynności wątroby korzystamy w każdym przypadku z własnej próby na urozeinę w moczu[16]). W badaniach układu nerwowego wegetatywnego[17]) nadajemy wciąż pewne znaczenie dodatniej próbie Aschnera i Tschermaka (zwolnienie tętna o liczbę powyżej 6 na min. po silnym ucisku na obydwie gałki oczne lub na zatokę tętn. szyjnej, — jednocześnie nieraz przykre uczucie zbliżającego się stanu omdlenia), próbie dermografizmu i objawowi Leyden-Rumpell'a[18]). Naogół nie badamy w skazie allergicznej stanu równowagi kwaso-zasadowej, bowiem nie nadajemy specjalnej wagi w tej skazie, zasadowemu kierunkowi równowagi kwaso-zasadowej[19]). Ostatnio przy określeniu skazy allergiczniej - astmatycznej skierowujemy wydatną uwagę na stan czynności dokrewnych i układu siateczkowo - śródbłonkowego, przy czym w sprawie wydzielania wewnętrznego interesujemy się specjalnie dziedziczną i nabytą kiłą, przewlekłym i ostrym zakażeniem gruźliczym lub zimniczym, w myśl naszych wywodów o schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogruczołowych[20]).

---

[11]) Przy pomocy plastra kantarydowego otrzymujemy na skórze pęcherz; po nakłuciu pęcherza badamy zawartość komórek płynu pęcherzowego; w stanach allergicznych zwiększa się ilość zasadochłonnych komórek bez ziarnistości w zarodzi, przynależnych do układu siateczkowo - śródbłonkowego, również śródbłonków naczyniowych, makrofagów.

[12]) Por. Lancet 1930, II str. 231—237, również dzieło zbiorowe L'Asthme, wyd. Masson et C-ie, r 1932, artykuł Oriela, str. 409.

Por. odnośne podręczniki, np. dość szczegółowy Brugsch'a i Schittenhelm'a. Klinische Laboratoriumstechnik, t. II i III, r. 1928.

[13]) Por. S. Frank i M. Szour. Warsz. Cz. Lek. Nr. 7 r. 1924 i Archiv. f. Verdauungs — Krh. Bd. XXXV, 1925, Heft ½.

[14]) Po wstrzyknięciu domięśniowym 2 ctm³ 10% Novasurolu przy upośledzonej czynności wątroby w przemianie wodnej, osobnik badany traci powyżej 1 klg. wagi.

[15]) Do 1 cm³ surowicy krwi, pobranej naczczo, dodaje się 1 cm³ soli fizjologicznej; z tego roztworu sporządza się rozcieńczenia od 1 : 2 do 1 : 512; do każdej probówki dodaje się 0,2 cm³ 10% węglanu sodu, wreszcie po 0,2 cm³ świeżo przygotowanego odczynnika Takaty (0,5% roztwór sublimatu i 0,02% roztwór fuksyny aa); próbówki wstrząsa się i korkuje, poczym pozostawia się je w t° pokojowej; po 8 lub 24 godz. odczytuje się wynik, uzależniony od stopnia rozcieńczenia roztworu i zmętnienia płynu. Próba jest dodatnia, o ile kłaczkowanie występuje conajmniej w 3-ch rurkach, i ma stanowić o upośledzeniu czynności wątroby (we wczesnych już okresach jej marskości itp.).

[16]) Por. artykuły nasze wspólne z Rozengartenówną — Kwart. Klin. Tom VI, zesz. 1, r. 1927 i Klin. Wschr. Nr. 42. Kliniczne znaczenie tej próby zostało potwierdzone przez włoskiego badacza Gullota w r. 1931 — Boll. Soc. ital. Biol. sper. 5, 971. Wykonywuje się próbę w sposób następujący: do 5 cm³ moczu dodaje się 1 cm³ stężonego kwasu solnego, następnie 1 kroplę ½% azotynu sodu, — występuje zabarwienie różowe do czerwonego zależnie od ilości zawartego barwika.

[17]) Por. W. Orłowski, Wiedza Lek. zesz. III, r. 1934, str. 72.

[18]) Według nas, jest ten objaw wskaźnikiem zaburzeń czynności włośniczek, wiążących się z niedomogą układu nerwowego wegetat. (por. prace nasze — Kwart. Klin. — r. 1926 i Klin. Wschr. Nr. 5, r. 1929); koncepcja ta cytowana jest i uznana przez W. Schultza w r. 1926 — Handbuch d. Hämatologie, Hittmair, tom II, Wiedeń.

[19]) Por. pracę naszą na ten temat — La Presse Méd. N. 98 r. 1933; wywody nasze w tej sprawie streszcza i przyjmuje H. Kämmerer w swym podręczniku o chorobach allerg. — II wyd. r. 1934, str. 227.

[20]) Por. W. Cz. Lek., r. 1929 N. N. 48 i 49.

Określiwszy istnienie skazy u astmatyka, należy zdać sobie sprawę i ze stopnia jej. Prócz wyników odpowiednich badań, praktyczne lekkie postacie dychawicy oskrzelowej świadczą zazwyczaj o nieznacznym stopniu skazy; w znacznym nasileniu skazy przebieg choroby jest przeważnie ciężki; zwykle ma się wtedy do czynienia z uczuleniem na szereg allergenów właściwych, z allergią fizyczną i t. p.

II. Gotowość („dyspozycję") allergiczną rozpoznajemy zwykle wtedy, gdy choroba nagle zmienia dotychczasowy swój łagodny przebieg, przechodząc nieraz w t. zw. status asthmaticus. Metody badania gotowości są te same co i skazy; stan chorego nie usposabia zazwyczaj do przeprowadzenia badań szczegółowych. Przy ocenie możliwości zjawienia się gotowości astmatycznej główną uwagę tedy poświęcamy tym czynnikom (np. przebytym infekcjom), które, jak wyżej omówiliśmy, biorą przeważny udział w powstawaniu rozważanej gotowości.

III) Wykrycie praktyczne nadwrażliwości miejscowej polega przede wszystkim na dokładnym zbadaniu płuc. Zwrócić tu należy uwagę na utajoną lub zamaskowaną gruźlicę płuc i gruczołów chłonnych śródpiersiowych. Najmniejsze ich objawy mają tu duże znaczenie, na co ostatnio specjalną uwagę zwracają Francuzi (Girbal i inni), a co podkreślaliśmy już dobitnie przed kilkunastu laty, oznaczając 3 postaci dychawicy oskrzelowej spośród 8 przez nas wtedy wyodrębnionych, jako postaci dychawicy oskrzelowej pochodzenia gruźliczego[21]). Również i wszelkiego rodzaju inne zachorzenia płuc i oskrzeli, jakoteż zmiany budowy klatki piersiowej itp., przytoczone przez nas w odnośnym miejscu 1-go rozdziału tego artykułu, a będące klinicznym wyrazem nadwrażliwości miejscowej, winny być starannie ustalone.

IV) Wykrycie oddalonego ogniska zadrażnienia polega na dokładnym zbadaniu całego ustroju i zwróceniu szczególnej uwagi na przewlekłe ogniska zapalne.

V) Stwierdzenie alergenu wyzwalającego jest zazwyczaj rzeczą trudną i często nie wykonalną. Najbardziej pomocne są nam tu wywiady oraz próby diagnostyczne z wyciągami allergenów grupowych. O trudności i niedostatecznej celowości wykrywania allergenów za pomocą prób skórnych itp .pisaliśmy szczegółowo w swoim czasie[22]); próba Prausnitz-Küstnera[23]) nieco sprawę tę ułatwiła.

VI) O sprawności utorowania się mechanizmu napadu przekonywujemy się z obserwacji przypadku i badania czynnościowego układu nerwowego wegetatywnego i naczyniowego.

III. Podstawy leczenia dychawicy oskrzelowej.

W leczeniu dychawicy oskrzelowej osobiście staramy się przede wszystkim zadziałać na mechanizm napadu, dążąc do utrudnienia jego występowania. W tym celu korzystamy szeroko z leczenia farmakologicznego; należymy pod tym względem do zwolenników synergetycznego leczenia tej choroby, a nawet polipragmazji. Leczenie farmakologiczne przeprowadzamy przeważnie doustnie i pozajelitowo, rzadziej drogą inhalacyjną, przy czym z wstrzyknięć astmolizyny, adrenaliny, atropiny korzystamy bardzo rzadko i to prawie wyłącznie w tzw. status asthmaticus.

Szczegółowo tę sprawę omówiliśmy w r. 1933[24]); pomijamy zatym tu jej rozbiór. Bardzo wielu astmatyków osiąga znośny stan zdrowia tylko pod wpływem leczenia farmakologicznego. Część chorych coraz rzadziej na skutek tego leczenia cierpi na napady dychawicy oskrzelowej, nawet gdy z biegiem czasu chorzy ci wybitnie zmniejszają intensywność leczenia farmokologicznego. Są jednak i tacy dość liczni pacjenci, którzy się w przebiegu leczenia przyzwyczajają do danych srodków farmakologicznych; stan ich zdrowia stopniowo się pogarsza pomimo zwiększenia dawek; zmieniamy wtedy leki, co nieraz pomaga, lecz często tylko na krótki okres czasu. W tych

[21]) Por. Kwart. Klin. r. 1926, W. Czas. Lek. Nr 10 — 11 r. 1931.

[22]) Por. Warsz. Czas. Lek. Nr. 11—12 r. 1931.

[23]) Surowicę osobnika, uczulonego na swoisty allergen, wstrzykujemy wśródskórnie zdrowemu człowiekowi, a w 24 godz. później w to samo miejsce wstrzykujemy wyciąg allergenu; jeśli w surowicy chorego są przeciwciała w stosunku do swoistego allergenu, to w miejscu wstrzyknięcia występuje dodatni odczyn (zaczerwienienie, obrzęk itd.).

[24]) W. Cz. Lek. N. N. 37—38—39.

wypadkach ostatnio stosujemy ze zmiennym, niekiedy pomyślnym wynikiem w leczeniu mechanizmu napadu metodę Hollosa[25]) (odwadniające środki rtęciowe pozajelitowo), domięśniowe wstrzykiwania 25% siarczanu magnezu, będźwinian sodu dożylnie według metody Goldkorna[26]), angioxyl domięśniowo według Czyżewskiej[27]) i inn., — o wynikach tych metod leczniczych podamy osobno. Gdy i te środki lecznicze zawodzą, pozostaje wtedy do zadziałana na mechanizm napadu gimnastyka oddechowa[28]), (uregulowanie oddechu, zwłaszcza pogłębienie wydechu i zwiększenie pojemności oddechowej płuc), która w części przypadków wybitnie ogranicza natężenie choroby, leczenie w komorach pneumatycznych (wdech pod zwiększonym ciśnieniem, wydech pod ciśnieniem ujemnym, co prowadzi do dokładnego przewietrzania płuc) itp. Wreszcie w poważnym % przypadków dychawicy oskrzelowej leczenie to zawodzi — głównie z tego powodu, że inne czynniki chorobotwórcze odgrywają w tych razach rolę dominującą.

II) Jeżeli tymi czynnikami są skaza lub gotowość astmatyczna, to, teoretycznie rzecz biorąc, należałoby w leczeniu dążyć do całkowitego zwolnienia ustroju od tych stanów patologicznych. Żadną jednak z metod ogólnego „przestrojenia" organizmu (proteinoterapia, haemo - seroterapia, leczenie pozajelitowe, siarka, promienie R. itd), nie uda się nam w obecnym stanie wiedzy osiągnąć ten cel. Osiągnąć natomiast możemy osłabienie natężenia skazy lub gotowości astmatycznej, co praktycznie równać się może wyleczeniu chorego, przynajmniej na dłuższy okres czasu. Osobiście kładziemy ostatnio nacisk przede wszystkim na zwalczanie poszczególnych składników skazy lub gotowości allergicznej. Pomimo zwykłego zadziałania na układ nerwowy wegetatywny i neuro - naczyniowy (co graniczy ze zwalczaniem mechanizmu napadu), zwracamy szczególną uwagę na opanowanie 2-ch ważnych składników skazy allergicznej; zaburzeń czynności układu dokrewnego i siateczkowo - śródbłonkowego. Zaburzenia dokrewne dotyczą tu przeważnie czynności gruczołu tarczykowego, gruczołów płciowych i przysadki mózgowej. Nie chodzi tu tylko o wyraźne zachorzenia tych gruczołów wkrewnych[29]); do terapeutycznego zadziałania wystarczy już dyskretnych objawów nadtarczyczności (typ basedowoidalny — B — Jaenscha[30]), konstytucji przysadkowej (Brügsch[31]), zaburzeń miesiączkowania itp. Najczęściej i z największym pożytkiem działamy tu na tarczycę. Przypomnimy, że w r. 1920 Pistocchi przez usunięcie tarczycy zapobiegał wstrząsowi anafilaktycznemu. Być może, w przyszłości będziemy korzystali z tego zabiegu chirurgicznego i w leczeniu dychawicy oskrzelowej, analogicznie do metody Blumgarta i in. w niedomodze krążenia, w dusznicy bolesnej itp. Na razie możemy zanotować doskonałe często wyniki od stosowania w odnośnych naszych przypadkach dychawicy oskrzelowej naświetlań tarczycy promieniami R. i innych metod leczenia nadtarczyczności. W poszczególnych przypadkach naświetlania roentgenowskie przysadki mózgowej, uregulowanie zaburzeń czynności jajników (ew. jąder) współczesnym leczeniem hormonalnym wydatnie zmniejsza napięcie skazy astmatycznej.

Leczenie hormonalne nabiera tu specjalnego znaczenia, jeżeli wspomnimy, że G. Maranon (Madryt) w 38 z 98 przyp. dychawicy oskrzelowej stwierdził wyraźne

[25]) L. Hollos (Wien. Klin. Wschr.) przerwał napad u 18 spośród 22 chorych, wstrzykując domięśniowo Novurit w ilości 2 cm³; działanie tych wstrzyknięć — objawowe, — napady później się powtarzają; mechanizm działania — przesunięcie odczynu krwi podczas napadu w kierunku kwaśnym, rozkurcz włókien mięsnych okrężnych, otaczających żyły wątroby?

[26]) Por. W. Czas. Lek. Nr. 27—28 r. 1935.

[27]) p. Medycyna Nr. 2 r. 1936; wstrzykiwania domięśniowe angioxylu po 2 — 4 cm³ jednorazowo podczas napadu i w przerwach, ogółem 15—20 wstrzyknięć; działanie — rozkurczające mięśnie oskrzeli.

[28]) Gimnastyka oddechowa szczególnie jest propagowana w leczeniu dych. oskrzel. przez L. Hofbauera z Wiednia, który rozbudował specjalną, d. powikłaną metodę jej stosowania, — tzw. Summtherapie, mającą na celu wzmożenie czynności przepony i mięśni wydechowych, łącznie z ogólnymi ćwiczeniami cielesnymi i lekkim sportem.

[29]) Młodszy wygląd osobnika, błyszczące oczy, szerokie źrednice, wzmożona pobudliwość itd. — por. W. Jaensch — Grundzüge einer Physiologie u. Klinik der psychophysischen Persönlichkeit, r. 1926.

[30]) Por. E. Reicher. Choroby gruczołów wkrewnych. Wyd. „Delta" r. 1936.

[31]) Por. Lehrbuch d. inner. Mediz., tom 1, r. 1930; cechy konstytucji — grube rysy twarzy, długi wystający podbródek, duże ręce i stopy, wysoki wzrost itd.

zmiany w czynności gruczołów dokrewnych. Wyodrębnił on też osobną postać dychawicy oskrzelowej — l'asthme endocrinienne [32]). Nie będziemy tu wchodzili w szczegóły sprawy, nadmienimy tylko, że opisuje on przypadek omawianej choroby z nadtarczycznością i podtarczycznością, niedomogą czynności przytarczyczek, jąder itd. itd. i zaleca odpowiednie leczenie w każdym rodzaju zmian. Tu chodzi nam zgodnie z tematem, jeno o podstawy różniczkowania i leczenia. Faktem jest, że nieraz uzyskujemy u naszych chorych wyleczenie kliniczne (na czas dłuższy), stosując wyłącznie leczenie np., regulujące miesiączkowanie lub hamujące nadtarczyczność itp. Wybitne wyniki lecznicze otrzymujemy, gdy astmatyk wykazuje wyraźne objawy choroby Basedowa, akromegalii, zanik czynności gruczołów płciowych. Nie będziemy tu wymieniali licznych odnośnych przypadków, znanych z piśmiennictwa, a również obserwowanych przez nas. Również u dzieci albo też u kobiet w okresie przekwitania leczenie hormonalne (hormony gruczołów płciowych i przysadki mózgowej) jest nieraz wielce pożyteczne. Odnosi się to leczenie tu już raczej do opanowania gotowości astmatycznej, niż skazy.

Odnośnie następnego składnika skazy (gotowość) allergicznej — układu siateczkowo-śródbłonkowego wychodzimy z założenia, że dość liczni badacze, blokując ten układ, mogli udaremnić wystąpienie doświadczalnego anafilaktycznego wstrząsu (np. Hans Meyer, Musante, Schittenhelm). Jeszcze bardziej wybitne wyniki uzyskiwano pod tym względem, gdy łączono blokowanie układu siateczkowo-śródbłonkowego ze splenektomią. Założenie to znalazło potwierdzenie w badaniach Sirotinina, — podczas wstrząsów anafilaktycznych ustalił on bowiem, że wtedy układ siateczkowo - śródbłonkowy chłonie znacznie mniej barwika blokującego. Wychodząc z tego założenia, Mayer i Moncorps [33]) w 1925 r. polecili w leczeniu dychawicy oskrzelowej przetwory śledziony pozajelitowo, a Schmidt i Sugimoto [34]) — przetwory wątroby — przetwory te bowiem mają wydatnie zwiększać fagocytującą działalność układu siateczkowo - śródbłonkowego. W związku z powyższym, dla zadziałania na skazę allergiczną stosujemy u naszych chorych nieraz skutecznie naświetlania śledziony promieniami R. (przypomnimy tu, że K. Hynek [35]) w 1927 r. zastosował operacyjne usunięcie śledziony w dwóch przypadkach ciężkiej dychawicy oskrzelowej w jednym z nich uzyskał kliniczne wyleczenie), ostatnio przeprowadzamy zachęcające próby leczenia wśródżylnymi wstrzykiwaniami 33% alkoholu (według niektórych badaczy, alkohol zatrzymuje się w układzie siateczkowo - śródbłonkowym) oraz blokadę układu czerwienią Kongo; o ile chodzi jednak o leczenie przetworami śledziony lub wątroby, to nie uzyskaliśmy dotychczas wyraźnych dodatnich wyników w sensie opanowania skazy lub gotowości astmatycznej. Sądzimy, że w omawianym zakresie możliwości nasze lecznicze są jeszcze wielkie, — tak np. należałoby w dychawicy oskrzelowej wypróbować wstrzykiwania dożylne zawiesiny węgla (według metody Jaques'a [36]) itd. — Dla opanowania nie mniej ważnego składnika skazy (gotowości astmatycznej — niedomogi czynnościowej wątroby — służy nam z pożytkiem metoda Kaufmanna [37]), diatermia wątroby, środki żółciopędne, przetwory soków trawiennych itd. W leczeniu psychicznego czynnika w skazie lub gotowości astmatycznej niekiedy pomocne nam są metody leczenia psychoterapeutycznego z psychoanalizą włącznie. Pamiętać stale należy o tym, że powodzenie leczenia zależy przede wszystkim od trafności ustalenia przez nas, czy dany czynnik, przeciwko któremu wysuwamy tę lub inną metodę leczenia, odgrywa istotną rolę w skazie lub gotowości astmatycznej u pacjenta. W przestrojeniu skazy (gotowości) korzystać możemy również z proteinoterapii, piroterapii i innych rodzajów bodźcowego leczenia, a to głównie wtedy, gdy nie zdołaliśmy sobie uświadomić przewagi tego lub innego określonego składnika chorobowej więzi w konkret-

[32]) Por. L'Asthme — dzieło zbiorowe, artykuł G. Maranona, str. 418.
[33]) Münch. Med. Wschr. N. 17, r. 1925.
[34]) Schmidt P. Med. Klin. 1933, II, str. 1616, Sugimoto w r. 1930 (piśm. jap.).

[35]) Cas. lek. cesk. N. 49 — 1927.
[36]) St. Jacques z Montrealu polecił metodę wlewań dożylnych 2% zawiesiny węgla aktywowanego zwierzęcego (mniej toksyczny jest roślinny) w ilości 3 — 5 cm^3 codziennie.
[37]) Wstrzykanie dożylne 20% cukru gronowego i jednocześnie wstrzykiwanie podskórne małych dawek insuliny.

nym przypadku. O ile skaza (gotowość) jest nabyta na skutek przewlekłej lub ostrej infekcji, to wysuwają się przed nami nowe możliwości terapeutyczne. Ostatnio Francuzi opisują szereg przypadków dych. oskrzelowej dziecięcej, powstałej na tle wrodzonej kiły i skutecznie leczonej swoiście. Osobiście większe znaczenie nadajemy tu intoksykacji gruźliczej, — ostrożne stosowanie tuberkulinoterapii, leczenie kutiwakcyną Paula, przetworami złota, śledziony itp. oddaje nam tu duże usługi.

W gotowości allergicznej, wywołanej przez ostre infekcje autoszczepionki z plwociny chorego [38]), z jego moczu, szczepionki obcorodne (Danysza, P. Z. H. i in.) mogą gotowość osłabić. To samo niekiedy osiągamy za pomocą anatoksyny, przesączu bakteryjnego, a nawet nieswoistego leczenia bodźcowego (np. haemo-seroterapii), zwłaszcza z wywoływaniem odczynu gorączkowego (leczenie mlekiem, siarką pozajelitowo itd). Jeżeli na nastawienie astmatyczne wpływa zmiana klimatu — droga leczenia jest jasna; to samo dotyczy używek. Czasami pod wpływem gotowości astmatycznej występuje ciężki stan astmatyczny (status asthmaticus gravis), w którym wydaje się, wszystkie metody lecznicze zawodzą. Stosować tu można i heroiczne metody lecznicze, jak bardzo niepewne i dość niebezpieczne zabiegi chirurgiczne na zwojach i nerwach, znacznie bardziej nadającą się alkoholizację nerwów współczulnych [39]), niezłe nieraz w wynikach ropnie utrwalające (terpentynowe) oraz częściowo wspomniane już leczenie, wywołujące wysoką gorączkę (siarka, kwas nukleinowy, pyrifer itd.), przegrzanie ustroju krótkimi i ultrakrótkimi falami, diatermią itp. Możnaby w tych przypadkach korzystać i ze wstrząsów hipoglikemicznych, według Węgierki [40]), gdyby nie ich przeważnie krótkotrwałe pomyślne skutki (zwykle tylko kilka godzin po każdym wstrząsie hipoglikemicznym), jakeśmy to wielokrotnie stwierdzili.

[38]) Por. pracę naszą — O leczeniu dych. oskrzel. autoszczepionkami. Kwart. Klin., r. 1926.

[39]) Por. L. Lewin. The Lancet N. 5788, 4.VIII. 1924; wstrzykiwania alkoholu absolutnego do gałązek współczulnych nerwów oskrzelowych do punktów w III, IV, V lub VI-ym międzyżebrzu w odległości 4 cm[3] od kręgosłupa.

[40]) Por. Medycyna N. 1, r. 1936 i Pr. Méd. N. 36 r. 1936.

Z powyższego wynika, że dysponujemy niemałymi leczniczymi możliwościami, by osłabić wydatnie skazę lub gotowość („dyspozycję") allergiczną. Rozumie się, że nie w każdym przypadku wysiłki nasze będą tu owocne, poza tym wyniki nasze lecznicze są często tylko okresowe, dotyczą one więc nieraz bardziej gotowości allergicznej, niż wrodzonej skazy o wysokim napięciu

II) W wypadkach dychawicy oskrzelowej z klinicznie wyraźną nadwrażliwością w płucach — możliwości nasze lecznicze są dość znaczne i powinny być należycie wyzyskane. Wpływy toksyczne gruźlicze zwalczamy, jak już wyżej nadmieniliśmy, za pomocą leczenia tuberkuliną (przeważnie naskórnie metodą Ponndorfa), przetworami złota, kutiwakcyną Paula, przetworami śledziony, leczeniem klimatycznym itd., — wyniki mamy nieraz niewątpliwe i dość długotrwałe. Przewlekłe nieżyty oskrzeli wymagają odnośnego leczenia (również autoszczepionki z plwociny itd.); obecność rozstrzeni oskrzeli wybitnie zwiększa natężenie dychawicy oskrzelowej i bardzo usposabia, zdaniem naszym, do ciężkich stanów astmatycznych, — energiczne i celowe leczenie rozstrzeni oskrzeli jest tu naszym ważnym zadaniem. W powiększeniu gruczołów nękowych, przeważnie gruźliczo zmienionych, retngenoterapia wnęki, stosowana przez nas w przeszło 100 przypadkach dychawicy oskrzelowej, daje nam conajmniej w ⅓ przypadków wyleczenie długotrwałe lub wybitną poprawę na przeciąg 6 miesięcy i dłużej. Objawy zastoju krwi w krążeniu płucnym poddają się leczeniu nasercowo-naczyniowemu, co nieraz pomyślnie wpływa na stan chorego. Kiła płuc, którą rzadko spostrzegaliśmy w naszych przypadkach dychawicy oskrzelowej, wymaga odnośnego leczenia.

Nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach (jak marskość płuc tego lub innego pochodzenia, guzy płuc, zniekształcenie klatki piersiowej, kręgosłupa itd.), niewiele wskóramy.

III) Wybitne wyniki lecznicze otrzymujemy w dychawicy oskrzelowej, gdy dochodzimy do wniosku, że przebieg tej choroby uzależniony jest w znacznej mierze od oddalonych od płuc „ognisk zadrażnienia". Przyłączamy się tu

do tych licznych autorów, jak James, Smith, Bezançon, Halphen i in., którzy uznają, że sprawy nosowo-gardzielowe, zwłaszcza nosowe, wprawdzie nie wywołują lecz mogą się przyczyniać do częstego powstawania napadów, i że leczenie noso-gardzieli w odpowiednich przypadkach daje dość znaczny odsetek długotrwałych wyleczeń i poprawy. Jacquelin [42]) sceptycznie odnosi się do wyników leczniczych, tu omawianych, na podstawie przeprowadzonych przez niego w 45 przypadkach dychawicy oskrzelowej różnych zabiegów operacyjnych w nosogardzieli (w tym 19 razy usunięcie polipów), — otrzymał on wyleczeń dychawicy oskrzelowej — 0, popraw 19, brak poprawy 18 razy i pogorszeń 8. Nasze doświadczenie, oparte na znacznie większej liczbie przypadków, poucza nas inaczej. Wprawdzie rzadko polecamy usunięcie polipów i wyrośli adenoidalnych, sądzimy bowiem, że niewielkie jest ich znaczenie w powstawaniu dychawicy oskrzelowej, a natomiast częściej polecamy wykonywanie operacji skrzywień przegrody nosowej, przeżegania muszel i śluzówki nosa oraz leczenie jam obocznych; migdałki zaś wyłuszczać należy według nas tylko wtedy, gdy toczy się w nich przewlekły proces zapalny, — wyniki mamy wszakże o wiele lepsze, niż przytoczone przez Jacquelina.

Warunek tych wyników jest jeden — upewnić się, że istotnie zmiany w noso-gardzieli przyczyniają się w konkretnym przypadku do obostrzenia przebiegu dychawicy oskrzelowej, a nie są tylko przypadkowymi. Prócz leczenia operacyjnego, odkażanie jamy nosowo - gardzielowej przy pomocy leczenia szczepionkami, przesączem bakterii, zwłaszcza paciorkowca hemolizującego, odgrywają tu dużą rolę. O ile chodzi o inne oddalone ogniska zadrażnienia (zapalenie, toksyczne, mechaniczne itd.), to w niejednym przypadku dychawicy oskrzelowej stan chorego został radykalnie zmieniony na długi okres czasu po operacji wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego, włókniaków macicy, torbieli jajników, wyleczenia wrzodu żołądka lub dwunastnicy, nieżytu jelit, czerwiwości, w pojedyńczych naszych przypadkach — po usunięciu guzów krwawnicowych odbytnicy, jej rozpadliny itd. [43]). Przenikliwość lekarza, jego świadomy stosunek do zagadnienia dychawicy oskrzelowej i skrupulatność badania wiele może tu dobrego przynieść w leczeniu astmatyków.

IV) Wykrycie allergenów swoistych upoważnia nas do leczenia swoistego dychawicy oskrzelowej. W dalszym ciągu jednak wyniki wybitne, łącznie z całkowitym wyleczeniem otrzymujemy głównie przy wyłączeniu kontaktu chorego z allergenami. W przypadkach dychawicy oskrzelowej zawodowej, klimatycznej, mieszkaniowej — zmiana zawodu, klimatu, mieszkania i jego umeblowania — święci swoje tryumfy. Jak trudno w praktyce przeprowadzić te zarządzenia, jest zrozumiałe. Niekiedy wypada nam korzystać z czasowego wyłączenia kontaktu z wymienionymi allergenami dla chociażby okresowego zwolnienia chorego od dychawicy oskrzelowej. Zamknięcie chorego na całe dni i noce w komorach bazallegenowych St. r. Leeurena jest na dłuższą metę pozbawione sensu praktycznego. W rzadkich u dorosłych przypadkach dychawicy oskrzelowej pokarmowej — diety eliminacyjne oraz metoda leczenia Luithlen - Urbacha [44]) (propeptanami) uwieńczone są nieraz dodatnim i długotrwałym wynikiem leczniczym. Niezwykle jednak jest trudno dociec właściwego allergenu pokarmowego, — możliwa ponadto jest nadwrażliwość na pokarmy pokrewne lub różnorodne. Leczenie ultraprzesączami przetrawionych w przewodzie pokarmowym pokarmów jeszcze mało zdobyło sobie rozpowszechnienia. W stosunkowo rzadkich przyp. wykrycia innego rodzaju allergenów (inhalacyjnych, pyłków roślin w dychawicy siennej itd.) leczenie wyciągami swoistych allergenów może czasami dać wyniki [45]), lecz rzadko długotrwałe, pamiętać bowiem należy, że odczulenie swoiste nie prowadzi do istotnej antialler-

[41]) Por. artyk. nasz — Warsz. Czas. Lek. N. 23—24, r. 1934.

[42]) Por. La Pr. Médic. N. 30, r. 1936.

[43]) Zwraca na siebie uwagę w tym zakresie znaczenie zrostów otrzewnowych, pooperacyjnych itp. Tu nieraz fizykalna terapia, a zwłaszcza zaproponowane przez nas wspólnie z Zwayerem leczenie zrostów otrzewnowych promieniami R. (W. C. L., N. 31—32, r. 1931) oddaje duże zasługi.

[44]) Zasada metody — wykrywanie swoistego peptonu, tzw. propeptonu, na który jest uczulony ustrój, poczym albo wyłącza się pokarm, zawierający odnośny propepton z diety, albo przeprowadza się leczenie odczulające za pomocą tego propeptonu.

[45]) Por. artyk. nasz — W. Cz. Lek. N. 10—11 r. 1931.

gii. Niektórzy autorzy oznaczają to leczenie, jako „przyzwyczajenie" czasowe ustroju do allergenów. Wobec nadmiaru anticiał w organizmie, po pewnym czasie od przerwania leczenia swoistego, ustrój znów po zetknięciu się z allergenem swoistym reaguje odczynem wiązania allergenów przez anticiała i napad dychawicy oskrzelowej wybucha ponownie, czasami z większą siłą. Wobec tego odczulanie nie swoiste w tych przypadkach dać może nieraz takie same lub lepsze wyniki (np. peptonem, haemo, sero, uroterapią, leczenie fizykalne — promienie R., pozafijołkowe, krótkie fale itd., itd.). Wobec trudności wykrywania swoistych allergenów, możliwości etiologicznego znaczenia wielu allergenów lub stałego zjawiania się przy silnym napięciu skazy coraz innych chorobotwórczych allergenów, nawet po udanym odczuleniu na poprzedni allergen swoisty dość duże praktyczne znaczenie przypisujemy leczeniu wyciągami grupowych allergenów.

W ciągu ostatnich 5-iu lat uzyskujemy prawie w 50% przyp., odpowiednio dobranych, wybitną poprawę (na 6 mies. i dłużej) po leczeniu szczepionkami „Paspat"[46]) (mieszanina antigenów z substancją przysadki mózgowej). Nie ma jednak mowy o tym, wbrew wielu doniesieniom poważnych autorów (Coca, Frugoni i inni), by odczulenie swoiste lub nieswoiste raz na zawsze wyleczyło chorego, o ile osobnik chory odznacza się silnym nastawieniem astmatycznym. — dlatego też leczeniu tego nastawienia poświęcamy zwykle więcej wagi, niż np., odczuleniu swoistemu.

Ostatnio lansuje się leczenie swoiste drogą inhalacyjną, — przypuszczalnie wogóle metodyka leczenia swoistego ulegnie przeobrażeniom (nie jest ona na razie pozbawiona niebezpieczeństwa pogorszenia stanu zdrowia leczonego). Czy wyniki lecznicze będą bardziej trwałe w tych warunkach, należy wątpić.

Z wyżej wyłożonego wynika, że przy odpowiednim potraktowaniu rozpoznania i leczenia dychawicy oskrzelowej, możliwości nasze terapeutyczne są duże, jakkolwiek nieraz i ograniczone. Ograniczenia terapeutyczne wynikają i z niezupełnie doskonałych metod rozpoznawczych i z zasadniczej niemożliwości wykorzenienia istotnych właściwości ustrojowych lub osiągnięcia istotnej antiallergii, jakoteż w poważnej mierze i z okoliczności materialnych, ogólno-życiowych, uniemożliwiających niektóre radykalne posunięcia lecznicze. Lecz i z tymi zastrzeżeniami uzbrojeni racjonalnie w nowoczesne środki badania i leczenia uzyskamy w leczeniu dychawicy oskrzelowej na ogół dobre wyniki: wprawdzie tylko w nieznacznych odsetkach przypadków całkowite wyleczenie kliniczne, lecz conajmniej w 50 — 60% przypadków długotrwałe zwolnienie choroby, a w około 30% przypadków, wyraźną poprawę; zaś tylko w 3 — 5% przypadków wysiłki nasze terapeutyczne okazać się mogą bezowocne.

[46]) Naskórnie co 10 — 14 dni; kurs leczenia — 5 — 10 szczepień.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie zakażeń dróg oddechowych przetworami siarkowymi. (Les nouveaux derivés organiques du soufre dans les infections respiratoires). H. M o l l a r d, M. D u r e t.
Paris Méd. Nr. 46, 1938.

Lecznicze działanie siarki na wszelkie stany septyczne, należy do ostatnich wynalazków terapeutycznych.

Do najbardziej popularnych przetworów, należy Prontozil i Rubiazol.

Lecz dopiero wprowadzenie przetworu F 1162 (para-amino-fenyl-sulfamid), pociągnęło za sobą produkcję licznych organicznych, pochodnych siarkowych i wywołało szerokie próby stosowania ich w lecznictwie. Zakres ich działania rozszerza się coraz bardziej. Początkowo bakteriobójczy wpływ siarki wykryto na paciorkowcach. Następnym etapem były meningokoki, gronkowce, a wreszcie pneumokoki, gonokoki i pałeczki okrężnicy.

Ponieważ, jak wiadomo, paciorkowce odgrywają bardzo dużą rolę w wielu chorobach narządu oddechowego, następne próby zakażeń tego układu uwieńczone zostały pomyślnym skutkiem.

Od tego momentu zakres wskazań terapeutycznych dla przetworów siarkowych rozszerza się coraz bardziej i obejmuje obecnie niemal wszystkie choroby bakteryjne narządu oddechowego.

A więc wyliczyć tu należy zakażenie górnych odcinków dróg oddechowych (zapalenie gardła, migdałków, tchawicy).

Klasycznym wskazaniem do leczenia siarką są stany zapalne płuc ostre i przewlekłe.

Z a p a l e n i e o d o s k r z e l o w e płuc po zastosowaniu siarki ustępuje dość szybko lub też conajmniej przebieg jego jest łagodniejszy, czego sprawdzianem jest obniżenie ciepłoty, poprawa stanu ogólnego i stopniowe znikanie objawów fizycznych ze strony płuc. Wskazanie do leczenia siarką stanowią nietylko odoskrzelowe zapalenia płuc pochodzenia bakteryjnego, lecz także pooperacyjne. Niektórzy zalecają nawet zapobiegawcze podawanie przetworów siarkowych przez kilka dni po zabiegu chirurgicznym.

Następną dziedzinę wskazań dla leczenia siarką, są ropne zapalenia opłucnej pochodzenia łańcuszkowcowego. Wyniki osiągnięte w tych przypadkach są nadzwyczaj zachęcające.

W przebiegu ropni płuc siarka dopomaga doskonale do osiągnięcia pomyślnych wyników leczniczych, przy jednoczesnym stosowaniu innego leczenia zachowawczego lub chirurgicznego.

Podawanie przetworów siarkowych wpływa dodatnio na przewlekłe nieżyty czy to zakaźne, czy wtórne w przebiegu rozszerzeń oskrzeli. Ilość plwociny i jej cuchnienie zmniejszają się znacznie i chorzy ogólnie czują się lepiej.

W przebiegu gruźlicy płuc leczenie przetworami może wchodzić w grę w dwuch przypadkach: przewlekłego lub ostrego nieżytu oskrzeli, dołączającego się do swoistej sprawy zapalnej oraz przy pojawianiu się ropnego zapalenia opłucnej jako powikłania gruźlicy.

W obliczu tak szerokich i różnorodnych wskazan, leczenie siarką wydaje się metodą terapeutyczną o dużej przyszłości.

O zmianach w płucach, spotykanych przy pylicy mineralnej. (Les lesions fondamentales des pneumoconioses minerales humaines et experimentales). P. P o l i c a r d.

La Presse Méd. Nr. 87, 1938.

Rozpoznanie kliniczne pylicy jest możliwe na podstawie obrazu rentgenologicznego, wykazującego miejscowe zagęszczenia pola płucnego z upośledzeniem jego przejrzystości. Stwierdzenie tych odchyleń zainteresowało anatomopatologów, co pociągnęło za sobą badania nad istotą zmian w płucach wywołanych pylicą. Badania dotyczyły materiału zwierzęcego i ludzkiego.

Zmiany stwierdzone w płucach naskutek pylicy bywają pięciu rodzajów.

1) Zapalenie monocytowe pęcherzyków płucnych.

Wtargnięcie cząsteczek mineralnych do płuc wywołuje jako odczyn ze strony naczyń, wysięk z dużą liczbą monocytów, które pochłaniają pyłki; jednakże, cząsteczki te uszkadzają monocyty w tym znaczeniu, że unieczynniają w nich zaczyn proteolityczny. Na skutek tego monocyty nie ulegają potem rozpuszczeniu i pozostają jako takie w świetle pęcherzyków płucnych. Skupienia ich wywołują wtórne stwardnienie ścianek pęcherzyków i częściową niedodmę objętych pylicą części płuca.

Obraz powyższy spotyka się u zwierząt ze sztucznie wywołaną pylicą i na sekcjach ludzkich.

2) Odkładanie się cząsteczek w obrębie prawidłowo istniejących elementów włóknistych płuca.

Płuco zawiera tkankę włóknistą w okolicy podopłucnej, w otoczeniu dużych pni oskrzelowych, około naczyń i w szparach międzypłatowych. Miejsca te, stanowią stały punkt skupiania się pyłu wdychanego. Doświadczalnie pylicę wywołać można drogą oddechową lub przez naczynia chłonne. W obu przypadkach, pył skupia się w miejscach wyżej wymienionych, gdzie wywołuje zgrubienie istniejącej tu tkanki włóknistej.

Ten sam obraz spotyka się u ludzi, płuca robią wrazenie wytatuowanych. Skupienia cząsteczek mineralnych mają kształt pasm przecinających jasny miąższ płuca.

Ten wygląd płuc tłumaczy dobrze obraz rentgenologiczny pasmowatych zaciemnień opisywanych w przypadkach pylicy.

3) Trzeci typ zmian, to skupianie się ziarenek mineralnych w elementach chłonnych płuc. Tkanka limfatyczna znajduje się u zwierząt w obrębie płuc, w okolicy wnęki w postaci dużych gruczołów i w otoczeniu drobniejszych oskrzelików w postaci drobnych, jakby grudek chłonnych. Pyłki przyniesione przez limfę zatrzymują się w gruczołach i zostają tu pochłonięte przez niektóre elementy siateczki. Obecność ich drażni

znajdującą się tu tkankę włóknistą, co wywołuje jej bujanie. To pociąga stwardnienie gruczołów i wtórne utrudnienie odpływu limfy z płuc.

U ludzi, stosunki różnią się tym, że grudki limfatyczne około drobnych oskrzelików prawie nie istnieją i cała ilość pyłu skupia się we wnęce. Gruczoły wnękowe są powiększone znacznie i dość twarde.

4) Niekiedy skupienie pyłów mineralnych powoduje powstanie grudek o charakterze włóknistoszklistym, ze środkami jakby zserowaciałymi. Ten typ zmian spotyka się najczęściej w pylicy krzemowej.

5) Przypadki z bardzo rozległym zwłóknieniem i stwardnieniem płuc zdarzają się tylko u ludzi. Nawet przy bardzo długotrwałym stosowaniu wziewań krzemowych nie udało się tego rodzaju obrazu u zwierząt wywołać.

Przypadki tych rozległych stwardnień dotyczą pylicy bardzo zadawnionej. Anatomicznie zmiany te sprawiają wrażenie, jakby guzów zwłókniałych. W obrębie zmienionych odcinków płuca nie stwierdza się naczyń ani drożnych oskrzeli. Zrozumiałym jest, że zmiany tego rodzaju utrudniają znacznie krążenie płucne i doprowadzają do niedodmy „chorych" odcinków płuc.

Trzustka w gruźlicy płuc. (Le pancréas des tuberculeux). M. Loeper, R. Lesobre.

La Presse Méd. Nr. 86, 1938.

Gruźlica, jako choroba dotycząca specjalnie układu oddechowego, wywołuje szereg zaburzeń ogólnych, wskazujących na obecność zmian w innych narządach.

Jednymi z najbardziej jaskrawych, są objawy chorobowe ze strony przewodu pokarmowego, spotykane w przebiegu gruźlicy płuc. Objawy te, przy braku danych, wskazujących na obecność swoistych owrzodzeń w obrębie jelit, nakazują dokładne zwrócenie uwagi na gruczoły wydzielnicze mające wpływ na przebieg trawienia, a więc wątrobę i przede wszystkim trzustkę.

Zaburzenia trzustki mogą dotyczyć jej wydzielania wewnętrznego i zewnętrznego. W przypadkach gruźlicy, ze względu na charakter objawów chorobowych, zwracać uwagę należy przede wszystkim na wydzielanie zewnętrzne trzustki, tj. na jej działanie trawienne.

Biegunki gruźlików występujące przy braku zmian gruźliczych w jelitach, cechują się częstymi płynnymi stolcami, których łączna ilość dobowa przekracza niekiedy 400 g. Stolce są płynne, pieniste, cuchnące. Badanie mikroskopowe kału, wykazuje obecność w nim dużej ilości niestrawionych włókien mięsnych i tłuszczów obojętnych. Chemicznie stwierdza się obniżenie zawartości amylazy w kale, krwi i moczu. Badania zawartości dwunastnicy u chorych na gruźlicę połączone są z bardzo dużymi trudnościami. Rzadko udaje się uzyskać sok dwunastnicy ze względu na wzmożoną pobudliwość całego przewodu pokarmowego.

Z faktów świadczących o zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych trzustki, podkreślić należy częstość łącznego występowania gruźlicy płuc z cukrzycą. W przypadkach cukrzycy, przebieg gruźlicy jest fatalny. Nacieki przybierają prędko charakter wrzodziejący i doprowadzają do rozległych zmian rozpadowych. Gruźlica natomiast nie wpływa wyraźnie na przebieg cukrzycy. Chorzy, którzy mają jednocześnie cukrzycę i gruźlicę, giną zawsze z powodu gruźlicy.

Badania przemiany materii wykazują w gruźlicy zaburzenia w dziedzinie lipoidowej i białkowej (cholesterol, opadanie krwinek). Co się tyczy poziomu cukru we krwi, dotychczasowe wyniki poszczególnych autorów różnią się: jedni stwierdzali podwyższoną, inni obniżoną zawartość cukru we krwi. Być może, że zaburzenia te są wywołane częściowo przez zmienioną czynność nadnerczy, czego dowodem mogą być inne objawy, ich niewydolności jak: ogólne znużenie, obniżenie ciśnienia tętniczego.

Anatomopatologiczne badania trzustek chorych na gruźlicę płuc wykazują często zmiany o charakterze, bądź to przerostowym, bądź zanikowym lub stłuszczenie gruczołu. Wysepki Langerhansa są naogół mało zmienione.

Godną podkreślenia jest odporność trzustki względem działania prątków gruźliczych: w narządzie tym, prawie że nie spotyka się swoistych zmian zapalnych. Badania in vitro wykazują, że wyciągi trzustkowe osłabiają zjadliwość prątków gruźliczych. Być może, że są to objawy ochronnego działania trzustki w stosunku do gruźlicy w organiźmie ludzkim.

Żadnych jednak wniosków pewnych z badań tych wyciągać nie można.

Przegląd lecznictwa z roku 1938. (La thérapeutique en 1938). P. Harvier, M. Perrault.

Paris Med. Nr 49, 1938.

Wprowadzone niedawno w życie przetwory siarkowe stają się coraz bardziej popularnymi i wszechstronnym środkami leczniczymi. Powodzenie swe zawdzięczają one wyraźnej sile bakteriobójczej i małej szkodliwości dla organizmu.

Liczne sprawozdania autorów francuskich donoszą o pomyślnym wyniku leczenia sulfanidami zapalenia opon mózgowych pochodzenia streptokokowego i meningokokowego. Zapalenie opon streptokokowe, występujące bardzo często zwłaszcza jako powikłanie zapalenia ucha środkowego, było do niedawno uważane za sprawę bezwzględnie śmiertelną. W ciągu ostatniego roku namnożyły się przypadki wyleczenia tej sprawy przy pomocy sulfanidów.

Leczenie powinno w tych przypadkach być przeprowadzone w sposób następujący: W ciągu pierwszych dni choroby sulfanid podaje się jednocześnie drogą doustną i dooponową w dawce 8 — 10 g dla dorosłych, a po 0,15 g na kg wagi dla dzieci na dobę. Dooponowo wstrzykuje się 8 — 10 cm ciepłego roztworu 0,85%. Obok tego konieczne jest oznaczanie chemiczne poziomu sulfanidu w płynie mózgowo - rdzeniowym, krwi i moczu. Dla skuteczności leczenia poziom F 1162 w płynie mózgowo - rdzeniowym musi utrzymywać się powyżej 4 mg%.

W czasie leczenie sulfanidowego chory musi być bardzo starannie pielęgnowany. Poza środkami przeciwdziałającymi zakwaszeniu żadnych innych leków podawać nie należy. Zwykle w okresie leczenia pojawia się przykry szum w uszach, nie przeszkadza to jednak dalszemu leczeniu.

Drugą dziedzinę, w której podawanie sulfanidów odniosło duże sukcesy stanowią zakażenia pneumokokowe: dotyczy to zarówno zapalenia opon mozgowych jak i spraw płucnych. Przetworem używanym w tej dziedzinie jest — pyridy-

na (693) czyli p-aminophenyl-sulfanid. W przypadkach leczonych pyridiną śmiertelność spadła do 9% z poprzednio notowanej liczby 27%. Preparat 693 podaje się w ciągu pierwszych dni w ilości 9 g na dobę a następnie dawkę nieco się zmniejsza (Ewans, Gaisbord).

Leczenie zakażeń wiewiórowych sulfanidami napotyka się z zarzutem szkodliwego ich wpływu na plemniki. Jednakże wobec groźnych skutków w razie nieleczenia stanów zapalnych narządów rodnych zarzut ten jak również nieduże niebezpieczeństwo wystąpienia zatrucia nie wydaje się mieć istotnego znaczenia.

Durel podaje F 693 u mężczyzn początkowo po 3 gramy dziennie a następnie co 3 dni dawkę zmniejsza o 1 gram. Leczenie to nie wymaga jednoczesnego stosowania zabiegów miejscowych i daje statystycznie bardzo dobre wyniki.

2. W dalszym ciągu czyni się próby leczenia posocznicy gronkowcowej odpowiednią surowicą oraz szczepionkami zapomocą anatoksyny, jednakże kilkakrotne zastosowanie tych metod dawało wyniki sporne co do skuteczności tego właśnie leczenia. W przypadkach tych część autorów przypisuje wyzdrowienie czynnikom ustrojowym oraz leczeniu dodatkowemu. Niektórzy spośród autorów o metodzie tej wyrażają się korzystnie, podkreślając szczególnie synergię występującą przy wspólnym zastosowaniu surowicy i szczepionki.

3. Leczenie tężca wstrzykiwaniami dożylnymi alkoholu i surowicy. Po doniesieniach o zdarzających się niepowodzeniach przy zastosowaniu seroterapii tężcowej dołączono do niej inne środki. Pierwszym z nich był chloroform. Jednakże leczenie chloroformem dawało niepewne rezultaty, a niebezpieczeństwo jego stosowania było dość duże zwłaszcza u osób starszych i chorych na wątrobę.

Marie i Tiffeneau wprowadzili nową metodę polegającą na wstrzykiwaniu dożylnym 40 cm³ 33% roztworu alkoholu etylowego obok seroterapii swoistej. Wyniki otrzymane tą metodą przewyższają znacznie rezultaty poprzednio stosowanej terapii.

Leczenie sero-anatoksyną. Wiele obiecującą jest metoda leczenia tężca i błonicy przez równoczesne stosowanie anatoksyny i surowicy.

4. Leczenie antypiryną ostrego gośćca stawowego. Bouchat i Levrat wskazują na skuteczność stosowania antypiryny w dużych dawkach w przypadkach ostrego gośćca stawowego. Podają oni 6 — 8 g dziennie w ciągu kilku dni lub 4 g dziennie w ciągu kilku tygodni. Działanie antypiryny jest podobne do działania salicylanu sodu lecz bywa ono skuteczne czasami w przypadkach, w których salicylan sodu nie dał poprawy.

5. Leczenie wrzodu żołądka. (dwunastnicy) Landau i Hejman stosują w przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy leczenie bromkiem sodu. Wstrzykują oni codziennie dożylnie 10 cm³ 10% roztworu NaBr z dodatkiem 1 mg siarczanu atropiny. Obok tego stosują oni zwykłe leczenie dietetyczne. Leczenie to chorzy znoszą dobrze, a wyniki mają być zachęcające. Lambling, Jacob i Israel podkreślają skuteczność leczenie wrzodu histaminą. Stosują oni histaminę podskórnie w dawkach wzrastających od 1/100.000 mg do 1/100 mg tak, że dawka ogólna dochodzi do 1/10 mg w ciągu 20 wstrzykiwań.

6. Leczenie objawów bólowych trzustkowo-solarnych efedryną. Jacquet i inni donoszą o doskonałym wyniku osiągniętym w przypadkach ostrego zapalenia trzustki przy pomocy dużych dawek efedryny. W obliczu pełnego obrazu klinicznego cierpienia (silne bóle, zapad, przecukrzenie krwi, cukromocz), gdy morfina nie wywierała zupełnie działania przeciwbólowego podano dożylnie 0.04 efedryny, co dało prawie natychmiastowy dobry wynik. Wstrzykiwania powtórzono w ciągu kilku dni, a następnie po ustąpieniu ostrych objawów chorego poddano zabiegowi chirurgicznemu. Ten sposób postępowania powtórzono u kilku chorych z bardzo dobrym wynikiem. Operacyjnie stwierdzono we wszystkich tych przypadkach stan świadczący o przebytym ostrym zapaleniu trzustki.

Efedryna musi być stosowana bardzo wcześnie, w pierwszym momencie pojawienia się objawów. Nie wpływa ona na cofnięcie się zmian w trzustce, które mają przecież charakter nieodwracalny, a tylko powstrzymuje dalszy rozwój procesu zapalnego, a poza tym uspakaja niezwykle silne bóle męczące chorego.

7. W leczeniu cukrzycy wysunięto 3 nowe sposoby postępowania.

Doświadczenie świata lekarskiego w leczeniu chirurgicznym cukrzycy wzrasta coraz bardziej. Zabieg wycięcia okołotrzustkowego nerwu współczulnego (sympatektomia okołotrzustkowa) nie wyszedł jeszcze poza ramy doświadczeń na zwierzętach. U zwierząt w krótkim czasie po zabiegu ustala się równowaga węglowodanowa naskutek większej ilości insuliny we krwi.

Autorzy francuscy donoszą o kilku przypadkach dokonywania przy ciężkiej cukrzycy zabiegu wycięcia nadnercza, odnerwienia nadnercza lub wycięcie nerwu trzewnego. Pierwsze dwa sposoby leczenia dają wyniki wątpliwe. Chobanier u trzech chorych z ciężką cukrzycą zastosował zabieg wycięcia nerwu trzewnego z bardzo dobrym wynikiem. Leczenia chirurgicznego próbuje się najczęściej w przypadkach insulinoopornych.

Zagadnienie insuliny białko-cynkowej (zinc-protamin-insuline) i jej wyższości nad insuliną zwykłą jest tematem coraz dokładniejszych badań. W wielu przypadkach insulina ta jest rzeczywiście skuteczniejszą od zwykłej i zastępuje ją w mniejszych dawkach. Co do jej wad, to zaznaczyć należy, że niektórzy chorzy przy jej stosowaniu miewają silne bóle głowy, czasami zaś w następstwie wstrzyknięcia pojawia się niedocukrzenie krwi ze zwykłymi jego objawami. Tregeat zastanawia się nad celowością podawania fosforu w przypadkach cukrzycy. Postępowanie to ma na celu usprawnienie rekonstrukcji laktacydogenu w obrębie mięśni. Fosforan sodu podawany doustnie czy parenteralnie poprawia stan ogólny chorych, wzmaga ich tolerancję węglowodanową i ułatwia działanie insuliny.

8. Leczenie dychawicy oskrzelowej witaminą C. Hochwald przypisuje kwasowi l-askorbinowemu działanie przeciwuczuleniowe. Ma on chronić ustrój przed wstrząsami, jakimi między innymi są napady dychawicy oskrzelowej. W wielu przypadkach wyniki kliniczne potwierdzają te przypuszczenia.

Praktyka pediatryczna wydaje również pomyślny sąd o skuteczności stosowania witaminy C w dychawicy. Praktycznie leczenie witaminą C przedstawia się następująco. W czasie napadu wstrzykuje się dożylnie 200 — 300 mg witaminy C. Jeżeli nie widać rezultatu to po 15 minutach do dawki tej trzeba dodać jeszcze 100 — 200 mg. Takie wstrzykiwania stosować trzeba w ciągu 10 — 15 dni, a wtedy napady ustępują na czas dłuższy z tym, że w ciągu następnych miesięcy trzeba bez względu na brak napadów dawać 5 — 6 wstrzykiwań po 100 mg każde.

9. L e c z e n i e g r u ź l i c y z a p o ś r e d n i c t w e m u k ł a d u w s p ó ł c z u l n e g o. Częste występowanie gruźlicy płuc u osób z niezrównoważonym roślinnym układem nerwowym nasunęło przypuszczenie łączności tych dwu spraw, a tym samym stworzyło kierunek terapeutyczny polegający na zabiegach w obrębie układu współczulnego.

Do zabiegów tych należy alkoholizacja i nastrzykiwanie nowokainą zwoju gwiaździstego i pierwszych zwojów piersiowych.

Technika jest następująca: do nakłucia zwoju gwiaździstego prowadzą trzy drogi: przednia (Leriche - Fontaine), zewnętrzna, (Goinard) i tylna. Ostatnią metodą wykonywa się zabieg w ten sposób: wkłuwa się igłę w 1-ym międzyżebrzu tuż pod nasadą 1-go żebra, a następnie kieruje się ją nieco ku górze. Po upewnieniu się, że igła nie tkwi w przestrzeni podpajęczynówkowej, w miąższu płucnym, ani w naczyniu krwionośnym wstrzykuje się 10 cm^3 roztworu 0.5 — 1% nowokainy bez adrenaliny. Igła ma być długości 8 — 10 cm. Po zabiegu trafnie wykonanym pojawia się na pewien czas zespół Hornera.

Nastrzykiwanie zwojów piersiowych wykonywa się w ten sposób, że nakłuwa się 5 cm nazewnątrz od wyrostka ościstego, a następnie igłę kieruje się ku środkowi i przodowi. Po spotkaniu się z przeszkodą kostną cofa się igłę o kilka milimetrów. Po kilku dobrze wykonanych zabiegach można przystąpić do alkoholizacji, której technika jest zupełnie taka sama. Po zabiegu tym chory odczuwa ogólne zmęczenie, ociężałość, a następnie wszystko powraca do normy.

10. R o z w a ż a n i a w s k a z a ń, w y n i k ó w i n i e b e z p i e c z e ń s t w w y c i ę c i a t a r c z y c y w c h o r o b i e B a s e d o w a. W dziedzinie ciężkich przypadków choroby Basedowa króluje niepodzielnie chirurgia na podstawie swoich dotychczasowych wyników leczniczych. Znaczna przewaga chorych wracających do zdrowia w stosunku do tych u których wystąpiła tylko poprawa, osiągnięta przy pomocy metod zachowawczych, równoważy ujemne strony leczenia chirurgicznego jakim jest niebezpieczeństwo śmierci lub powikłań pooperacyjnych. Większość autorów jest zdania, że w wielu przypadkach połowiczne usunięcie tarczycy (tyroidektomia subtotalna) wystarcza całkowicie, inni są zwolennikami wykonywania we wszystkich przypadkach zabiegu doszczętnego. Przeciwnicy tego poglądu wskazują na częste występowanie tężyczki lub obrzęku śluzowego po zabiegu doszczętnym.

11. L e c z e n i e d u s z n i c y b o l e s n e j. W pracy B e r a r d a znajduje się dokładne omówienie leczenia dusznicy bolesnej w y c i ę c i e m t a r c z y c y. Zabieg ten zyskuje coraz więcej popularności. Przy obecnej technice operacyjnej śmiertelność pooperacyjna spadła do 3,5%. Jako powikłanie pozabiegowe wystąpić może obrzęk śluzowy na ogół łatwo ustępujący po kilkudniowym leczeniu wyciągowym. Zwłaszcza wskazanie do zabiegu stanowią chorzy z dusznicą bolesną z jednoczesnym wzmożeniem podstawowej przemiany materii. Według autorów amerykańskich tyroidektomia daje poprawę w 80 — 90% przypadków dusznicy bolesnej.

Drugą metodę chirurgicznego leczenia dusznicy bolesnej stanowi s z t u c z n e u n a c z y n i e n i e m i ę ś n i a s e r c o w e g o. Zabieg ten dotychczas jest mało stosowany. B e c k wykonał go w 11 przypadkach, z pomyślnym wynikiem u 6 chorych. Technika jego przedstawia się jak następuje: „Przeprowadziwszy krzywolinijne cięcie na lewo od mostka, wyswabadza się mięsień piersiowy; poprzez mięsień wycina się chrząstki 3, i 5-go żebra, oszczędzając tętnicę sutkową wewnętrzną. Następnie nacina się pionowo osierdzie. Po delikatnym odsunięciu osierdzia i nasierdzia przybliża się szczep i dzieli się go na dwie części dla objęcia nimi powierzchni obu komór. Następnie brzegi szpary osierdzia przyszywa się do mięśnia i ranę zaszywa się".

O'S h a u g h u e s s y unaczynia mięsień sercowy przy pomocy naczyń sieci wielkiej, przeprowadzając je do śródpiersia poprzez wąską szparę w przeponie.

C l e r c i jego współpracownicy zalecają jako środek skuteczny przy dusznicy bolesnej d w u e t y l a m i n b e n z o d i o x a n (F 833). Podają go doustnie w dawkach wzrastających od 0.05, dochodząc przy codziennym zwiększaniu do 0.20; po ustąpieniu napadów F 833 należy dalej podawać w ciągu 4 — 6 tygodni w dawce 0.05 — 0.10 dziennie. Niektórzy chorzy źle znoszą ten środek, co objawia się bólami głowy, sennością, nieżytem oskrzeli i dolegliwościami żołądkowymi. Na podstawie osiągniętych wyników C l e r c uznaje F 833 za środek godny stosowania w przebiegu angina pectoris.

12. R ó ż n e. C o s t e i M a t z g e r podkreślają p r z e c i w b ó l o w e d z i a ł a n i e w i t a m i n y B_1. Dobre wyniki osiąga się przy stosowaniu witaminy tej w przypadkach neuralgii różnego pochodzenia. Witaminę B_1 wstrzykuje się podskórnie lub domięśniowo w bolące miejsca lub dożylnie w dawce 2 — 4 mg dziennie w ciągu 12 — 24 dni.

M o r o i inni próbowali n a ś w i e t l a ń r e n t g e n o w s k i c h d r u g i e g o l ę d ź w i o w e g o z w o j u w s p ó ł c z u l n e g o w przypadkach zapalenia stawu biodrowego. Metodą tą osiągali oni często dobre wyniki w postaci osłabienia bólów, ale czasami rezultaty te były chwilowe i dolegliwości wracały po upływie miesiąca.

D o ż y l n e s t o s o w a n i e m o r f i n y stało się sprawą aktualną od chwili wprowadzenia do lecznictwa jej soli mineralnych. Dożylnie można wstrzykiwać morfinę w sposób zwykły lub też przy pomocy powolnego wprowadzania jej aparatem B e r n a r d - S a k l. Dożylne podawanie morfiny ma następujące zalety:

a) działanie jej jest wtedy szybkie i długotrwałe (4 — 5 godzin przy zwykłym wstrzykiwaniu dożylnym, a 24 godziny przy wprowadzaniu powolnym);

b) działanie przeciwbólowe jest silniejsze.

c) chory wolniej się do morfiny przyzwyczaja.

Przy zwykłym wstrzykiwaniu dożylnym chorzy

często w ciągu pierwszego kwadransa miewają nudności, bóle głowy, wymioty, przy stosowaniu aparatu B e r n a r d a dolegliwości tych nie spostrzegano.

M a y i inni donieśli o ciekawym przypadku pomyślnego leczenia c h o r o b y R a y n a u d n a ś w i e t l e n i e m p r z y s a d k i p r o m i e n i a m i Roentgena. Opisana chora nie odniosła żadnej ulgi po dokonanym przed tym zabiegu sympatektomii i stellektomii, poprawiła się natomiast bardzo znacznie po otrzymaniu serii wyżej wymienionych naświetlań. Mechanizm tej poprawy nie jest wyjaśniony. Autorzy przypuszczają, że ta metoda leczenia może dać dobre wyniki w wielu opornych innemu leczeniu przypadkach zwłaszcza u kobiet, u których zespół Raynaud wystąpił w okresie przekwitania.

Przypadkowa poprawa stanu n e r c z y c y l i p o i d o w e j u chorych, którzy w jej przebiegu przechodzili inną, gorączkową chorobę naprowadziła lekarzy na wykrycie nowego sposobu terapeutycznego. Sposobem tym jest sztuczne wywoływanie gorączki u chorych z nerczycą lipoidową. Postępowanie to, daje po chwilowym zaostrzeniu objawów poprawą stanu nerczycy. Gorączkę można w tych przypadkach wywoływać naprzykład przez wstrzykiwanie oleistej siarki. Zabieg ten powtarzać należy z przerwami 6 — 10 dni. Przeciwskazaniem do stosowania leczenia gorączką, jest współistnienie sprawy zapalnej w nerkach.

L e c z e n i e a g r a n u l o c y t o z y przetaczaniem krwi osób gorączkujących. L a i n e r proponuje nowy sposób postępowania w przypadkach agranulocytozy: zdrowemu człowiekowi wstrzykuje się domięśniowo 15 cm^3 mleka. Po upływie 3 godzin pojawia się gorączka połączona ze wzrostem liczby krwinek białych we krwi, których liczba w 5 godzin po wstrzyknięciu, przekracza dwukrotnie liczbę normalną. W tym momencie należy wykonać przetoczenie krwi. Ten sposób leczenia zbliża się do metody niemieckiej przetaczania krwi białaczkowej w przypadkach agranulocytozy.

Leczenie rozszerzeń oskrzeli u dzieci. (Traitement des dilatations des bronches chez l'enfant. J. B o i s s e r i e - L a c r o i x.

Paris Med. Nr 49, 1938.

Leczenie rozszerzeń oskrzeli może pozostawać w rękach internisty, laryngologa lub chirurga.

L e c z e n i e i n t e r n i s t y c z n e. W leczeniu zachowawczym dużą rolę odgrywa zapewnienie dziecku higienicznych warunków życia. Tak więc, chory powinien przebywać w miejscowości lesistej o dobrym, łagodnym klimacie i mieszkać w pomieszczeniu suchym, słonecznym. Pożywienie musi być obfite, dobrane odpowiednio pod względem ilościowym i jakościowym. Do tego dołączyć można w niektórych przypadkach łagodne zabiegi wodolecznicze. W okresie ostrym lub podostrym choroby dzieci pozostawać powinny w całkowitym spokoju, zaniechawszy wszelkich zabaw i sportów.

Środki lecznicze zapewnić powinny wypróżnianie i osuszanie oskrzeli przez dostateczne wykrztuszanie ich zawartości. Niektóre środki wykrztuśne nie są u dzieci wskazane: antymon, wymiotnica. Dobrze natomiast działa u nich kreozat (3 — 5 kropli kreozatu bukowego w 3 — 4 łyżkach ciepłego mleka), i siarka (podsiarczan sodu lub magnezu).

Obok tego, jako metodę pomocniczą zastosować można dietę suchą (½ litra płynów na dobę), jako sprzyjającą osuszaniu rozszerzeń.

Jako środki odkażające autor zaleca stosowanie bedźwinianu sodu metodą G o l d k o r n a (5 — 10 cm^3 20% roztworu co drugi dzień dożylnie), oraz alkoholu metodą L a n d a u a (10 — 20 cm^3 33% roztworu codziennie dożylnie).

Leczenie szczepionkami wieloważnymi nie jest jeszcze ogólnie przyjęte.

W przypadkach z podejrzeniem na kiłowe pochodzenie rozszerzeń, stosować należy energiczne leczenie swoiste (rtęć, arsen). Jako środki dodatkowe do zasadniczego leczenia rozszerzeń stosować należy środki odkażające jamę ustną oraz ewentualnie przetwory wyciągów płucnych.

W leczeniu objawowym uwzględnić należy gwałtowne napady kaszlu, stan serca i wątroby.

Przy stosowaniu leczenia wodoklimatycznego należy brać pod uwagę pochodzenie rozszerzeń, stan ogólny chorego i jego warunki materialne.

Leczenie l a r y n g o l o g i c z n e może polegać na wprowadzaniu dotchawiczym środków odkażających lub wprowadzaniu lipiodolu do oskrzeli. Lipiodol można wprowadzać:

1) poprzez ściankę klatki piersiowej, 2) przez gardło przy pomocy strzykawki tchawiczej, 3) przez nos, 4) przez gardło przy pomocy bronchoskopu.

Pierwsza technika jest używana tylko w wyjątkowych wypadkach, ze względu na konieczność przebijania miąższu płucnego.

B r o n c h o s k o p i a jest metodą najdogodniejszą ze względu na możliwość jednoczesnego bezpośredniego obejrzenia oskrzeli, odsysania zawartości i wprowadzenia lipiodolu.

Leczenie c h i r u r g i c z n e ma w swym arsenale jako środki najprostsze metody unieruchomienia płuca, a więc: a) odmę opłucną, niezawsze wykonalną ze względu na częstą cbecność zrostów opłucnych lub spraw marskich w płucu, b) wycięcie lub alkoholizację nerwu przeponowego. Ta metoda daje dobre wyniki w rozszerzeniach oskrzeli dolnych części płuc. Obok tego istnieją zabiegi poważniejsze: 1) torakoplastyka pozaopłucna, której zastosowanie jest w rozszerzeniach oskrzeli bardzo niewielkie, oraz zabiegi chirurgiczne płucne, jak 1) nacięcie płuca (pneumotomia), w miejscu zmian ropnych i 2) wycięcie (pneumektomia), chorego odcinka. Zabiegi te są zbyt mało popularne w stosunku do swej skuteczności.

Zależnie od rodzaju i umiejscowienia zmian oraz czasu trwania choroby ten lub inny sposób leczenia jest wskazany.

Drobne rozszerzenia oskrzeli, rozpoznane wkrótce po ich powstaniu i nie dające ciężkich objawów klinicznych, stanowią bezwzględne wskazanie do leczenia internistycznego.

W okresach między zaostrzeniami sprawy, stosować należy środki wypróżniające i odkażające oskrzela, a więc: siarkę, kreozat, wapno, do których w cięższych przypadkach dołączyć trzeba wstrzykiwania lipiodolu do oskrzeli.

W okresie ostrym rozszerzeń, zwłaszcza w przypadkach obecności ciała obcego w oskrzelu nieodzownym środkiem jest zabieg bronchoskopii z odsysaniem wydzieliny, usunięciem przeszkody i wstrzyknięciem lipiodolu.

Przypadki uporczywego utrzymywania się objawów rozszerzeń (przewlekłe), bez stwardnienia miąższu płucnego nadają się w razie bezskuteczności metod laryngologicznych do leczenia ucisikowego.

Przypadki przewlekłe z wtórnymi zmianami w płucach, (ropień, marskość), nie poddają się zwykle leczeniu zachowawczemu i wobec groźby pogarszania się stanu ogólnego chorego stanowią wskazanie do jaknajwcześniejszego leczenia płucnego chirurgicznego.

Szczepienie drogą doustną w przypadkach zakażenia nerek i miedniczek nerkowych pałeczkami okrężnicy. (Vaccination par voie buccale dans pyelonéphrites e colibacilles). A i t o f f, D a u n a y.

Paris Med. Nr 49, 1938.

Pałeczka okrężnicy wywołuje sprawę chorobową wtedy, gdy bakterie te umiejscawiają się w narządzie, normalnie ich nie zawierającym. A więc przypadki chorobowe dotyczą osób, u których z tych, czy innych względów pałeczki okrężnicy przedostały się z jelit, gdzie zawsze w olbrzymiej ilośçi się znajdują, do innych narządów.

Najczęściej spotykanym powikłaniem na tle bacterium coli jest zakażenie dróg moczowych. Zjawia się ono zwykle w przypadkach zaburzeń trawiennych z zaparciem stolca. Nic więc dziwnego, że duży odsetek chorych stanowią kobiety w ciąży.

Autorzy podają sprawozdanie z wyników osiągniętych leczeniem chorych z zapaleniem nerek i miedniczek nerkowych, przy pomocy doustnego wprowadzania szczepionek. Zmodyfikowali oni dotychczasową metodę przez dołączenie do szczepionek podawania chorym naczczo żółci. Żółć bowiem spożyta naczczo działa żółciopędnie, a tym samym powoduje rozpuszczenie warstwy śluzu, pokrywającej ścianę jelita. Przez to, ściana ta staje się dostępna dla działania szczepionki.

Tą metodą osiągali autorzy dobre wyniki zarówno w badaniach doświadczalnych (króliki), jak i w praktyce szpitalnej. Coprawda, niezawsze ropomocz szybko ustępował, ale stan ogólny poprawiał się zawsze wyraźnie. Bardzo rzadko notowano przypadki nietolerancji w stosunku do stosowanej szczepionki.

GINEKOLOGIA

Rozlane ostre zapalenie otrzewnej miesiączkowe. (La péritonite generalisée aiguë menstruelle). B u r g e r.

Gynecologie et Obstetrique t. 38, Nr 5, str. 362-369.

Zaostrzenie spraw zapalnych podczas miesiączki jest dość częste, — jednak wystąpienie w związku z nią rozlanego zapalenia otrzewnej bez uprzedniej sprawy zapalnej miejscowej należy do przypadków bardzo rzadkich.

Występuje ono zwykle pod koniec miesiączki lub bezpośrednio po jej ukończeniu.

Autor przytacza przypadek młodej 27-letniej kobiety dotąd zdrowej. Czwartego dnia miesiączki, która minęła bez żadnych dolegliwości, chora dostała nagle bardzo silnych bólów brzucha, wymiotów, temperatury 40° z dreszczami i zatrzymaniem gazów. Wykonano laparatomię i stwierdzono silne zaczerwienienie całej otrzewnej, nastrzykanie sieci, wzdęcie jelit, w jamie brzusznej znaleziono mierną ilość płynu mętnego. Macica i trąbki na pierwszy rzut oka bez zmian, po uciśnięciu z trąbek wydowywa się ropa. Wobec tego obie trąbki wycięto, jamę brzuszną drenowano. Chora po 6 tygodniach opuściła szpital. Bakteriologicznie stwierdzono obecność staphilococcus aureus, który znajdował się również w wydzielinie z pochwy. Histologicznie trąbki przedstawiały obraz silnego zapalenia.

Autor przytacza opis kilku podobnych przypadków z literatury, w dużym procencie zakończonych śmiertelnie pomimo operacji.

Cierpienie to opisywane dawniej jako idiopatyczne jest skutkiem zakażenia wstępującego w narządy rodne, przeważnie z bardzo zjadliwymi drobnoustrojami, zagnieżdżającego się w jamie macicy. Nieraz zakażenie istnieje tam dawniej nie dając żadnych objawów. Rozszerza się ono bądź drogą limfatyczną, bądź przez śluzówkę trąbek na otrzewną jamy brzusznej. Dodać należy, że czynnikiem spółistniejącym jest zmniejszenie sił obronnych i bakteriobójczych ustroju kobiecego podczas miesiączki.

Leczenie: natychmiastowa operacja z drenowaniem jamy brzusznej, w razie zapalenia trąbek usunięcie ich.

Rokowanie jest poważne, ponieważ mamy na ogół do czynienia z bardzo zjadliwymi bakteriami. Na 10 przypadków w nowszej literaturze 6 było śmiertelnych.

Moje doświadczenie osobiste w sprawie zapaleń otrzewnej połogowych. (Mon experience personnelle des péritonites puerperales). P. B a l a r d.

Revue franc. de Gyn. et d'Obstet. Nr 1 rok 1939.

Zapalenie otrzewnej połogowe zdarza się według autora znacznie częściej, niż się przypuszcza. Za zapalenie otrzewnej połogowe uważa autor uogólnione zapalenie otrzewnej po porodzie lub poronieniu. W ciągu 7 lat od roku 1927 — 1934 autor spostrzegał w zakładach położniczych w Bordeaux na 12000 połogów po porodach i poronieniach, 28 przypadków zapalenia otrzewnej (16 po poronieniach i 12 po porodach). Większość przypadków, to zapalenie otrzewnej wczesne, występujące w kilka dni, a nawet godzin po porodzie lub poronieniu, ale zdarzały się też przypadki późnego wystąpienia objawów otrzewnowych po 20 — 30 dniach. Objawy zapalenia otrzewnej w połogu nie odpowiadają, według autora, żadnemu klasycznemu objawowi zapalenia otrzewnej, a więc brak tu tendencji do zlokalizowania zakażenia przez zrosty, cechy tak właściwej dla otrzewnej, często brak bólów, wymioty rzadkie i późne, brak zatrzymania stolca i wiatrów.

Z charakterystycznych objawów zapalenia otrzewnej połogowego podaje autor silne rozlane wzdęcie brzucha (tzw. brzuch z drzewa), dalej biegunkę, wreszcie objaw najważniejszy to jest przyspieszenie tętna, wzmagające się z godziny na godzinę, nie idące w parze z ciepłotą ciała.

Autor uważa za cięższe przypadki zapalenie otrzewnej z septicopyemją, natomiast zapalenia otrzewnej naskutek rozszerzania się zakażenia przez ciągłość za lżejsze.

W 27 przypadkach opisanych, wykonano operację, polegającą na otwarciu jamy brzusznej z drenowaniem. Na 16 przypadków zapalenia otrzewnej po poronieniu, operowanych zmarło 12, wyzdrowiało 4; na 12 zapaleń otrzewnej po poro-

dzie zoperowano 11, z czego 5 zmarło, 6 wyzdrowiało.

Reasumując, autor jest wielkim zwolennikiem interwencji chirurgicznej przy połogowym zapaleniu otrzewnej. Zabieg należy wykonać szybko i w każdym przypadku łącznie jednak z leczeniem ogólnym, a więc seroterapją i chemoterapją. Operacja, według autora, powinna polegać na otwarciu jamy brzusznej z drenowaniem, hysterectomję autor odrzuca, jako zabieg znacznie cięższy, a przez to i bardziej ryzykowny.

Cięcia cesarskie, których się nie robi. (Les césariennes que l'on ne fait pas). P é r y.

Revue française de Gyn. et Obst. Tom 34 Nr 1. Str. 32-36.

Celem autora jest podkreślenie trudności istniejących w wielu przypadkach przy stawianiu wskazań do cięcia cesarskiegoł — a powodujących często niepotrzebne wykonanie tej operacji — zwłaszcza przy dzisiejszych szerokich wskazaniach do niej. Doświadczony położnik wie, jak często np. mając do czynienia ze zwężeniem miednicy, głównie na tle krzywiczym, mogąc ją dokładnie wymierzyć i porównać z wielkością główki — przygotowujemy operację, — a tymczasem poród odbywa się siłami natury. — Nie należy lekarza obwiniać wtedy o nieumiejętność lub lekkomyślność, ponieważ przebieg porodu zależy od 2 czynników, których nie można przewidzieć: 1. siły bólów i 2. zdolności adaptacji główki.

Podobnie kończą się nieraz przypadki przeznaczone do cięcia cesarskiego z innych przyczyn, jak: łożysko przodujące, nienormalne położenie płodu, trudności w rozwiązaniu się ujścia, przodowanie pępowiny itd.

Często trudności rozwierania się ujścia ustępują pod wpływem morfiny czy spasmalginy. Udane odprowadzenie pępowiny nieraz uratowało życie dziecka bez cięcia cesarskiego.

Należy jednak podkreślić, że niestety, nieraz żałuje się również, że nie wykonano cięcia licząc na samodzielny poród, — a dziecko rodzi się nieżywe lub okaleczone, albo też matka doznaje dużych obrażeń. Dziś już coraz rzadziej stosuje położnik silną ekstrakcję bez pełnego rozwarcia zwłaszcza przy nisko usadowionym łożysku i wie on kiedy zastosować hipofisynę, a kiedy morfinę. A jeszcze zawsze trzeba się liczyć z nieprzewidzianą sytuacją i z własną omylnością.

Niestety, z powyższych rozważań nie można wyciągnąć ścisłych wniosków — im bardziej nabiera się w położnictwie doświadczenia, tym lepiej można to ocenić.

Znaczenie badania histologicznego doczesnej w rozpoznaniu ciąży pozamacicznej. (Importance de l'examen histologique de la caduque dans le diagnostic de la grossesse extra - utérine). D u b o u r g, M a h o n.

Revue française de Gyn. Tom 34. Nr 1, str. 43-48.

Rozpoznanie ciąży pozamacicznej nasuwa nieraz duże trudności nawet doświadczonemu klinicyście, narażając go stale na 2 niebezpieczeństwa: z jednej strony nie rozpoznanie cierpienia i narażenie pacjentki na ciężkie powikłania, — z drugiej wykonanie laparatomji niepotrzebnej. To też autorzy polecają wykonywanie wszelkich badań dodatkowych a przede wszystkim, w każdym przypadku, badania histologicznego doczesnej. Pozwoli to na trudne często odróżnienie ciąży pozamacicznej od poronienia w ciąży zwykłej, ponieważ doczesna wydalona przez macicę nieraz jest do złudzenia podobna do całego jaja płodowego. Bóle towarzyszące skurczom macicy przy wydalaniu doczesnej, a niezależne od bólów z powodu pęknięcia trąbki lub poronienia trąbkowego — są

całkiem podobne do bólów podczas poronienia. Według niektórych autorów wydalenie doczesnej wskazuje na obumarcie jaja w ciąży pozamacicznej i tym samem pozwala przewidzieć rychłe wystąpienie pęknięcia lub poronienia trąbkowego, — ułatwiając wczesny zabieg.

Podstawą odróżnienia histologicznego doczesnej od poronionego jaja jest nieobecność w niej kosmków, które są natomiast bardzo liczne i typowe w najmniejszych szczątkach jaja. Należy oczywiście stwierdzić istnienie w ogóle ciąży, aby nie pomylić doczesnej np. z błoną przy dysmerrhoe membranosa.

W przypadkach wątpliwych podejrzanych na ciążę pozamaciczną, w których macica nie wyrzuca żadnych resztek doczesnej, polecają autorzy delikatne wyłyżeczkowanie jej jamy i zbadanie histologiczne wyskrobin.

Zawodziński.

CHOROBY USZU, GARDŁA...

Dwa przypadki półpaśca ocznego (herpes zoster ophthalmicus), wyleczone w 6 wzgl. 9 dniach pendzlowaniem całej muszli średniej płynem Bonaina[1]). (Deux cas de zona ophtalmique guéris en 6 et en 9 jours par des badigeonnages au Bonain du cornet moyen entier). K o w l e r.

Les annales d'oto-laryngologie 1937, Nr. 12.

Autor w półpaścu oka, o bardzo gwałtownym przebiegu, uzyskał dobre, a w jednym z nich, natychmiastowe wyniki przez zapendzlowanie całej średniej muszli płynem Bonaina i wzywa do dalszych prób w tym kierunku.

Rozważania praktyczne wskazań operacyjnych w ropotokach przewlekłych ucha środkowego. (Considérations pratiques sur les indications operatoires des otorrhées chroniques). R. M a d u r o.

j. w. 1938, Nr. 1.

Praca powyższa zasługuje z punktu widzenia praktyka na szczegółowe poznanie. Autor dochodzi w niej do uogólnienia swych poglądów w sprawie oznaczonej w tytule.

Tak zwana operacja doszczętna stanowi operację typową, w wykonaniu nietrudną, w dodatku uprzystępniającą w razie potrzeby błędnik, piramidę kości skalistej i wnętrze czaszki z mózgiem. Z drugiej strony zabieg ten upośledza słuch z niemal bezapelacyjną pewnością, powodując proces sklerozy kołobłędnikowej, miarowo postępującej i szkodliwy dla funkcji proces bliznowacenia przestrzeni pooperacyjnej. Po wtóre cały przebieg gojenia jest po tym zabiegu mimo prawidłowej techniki nader kapryśny i pewnemu odsetkowi przypadków o szybkiej rekonstrukcji niemal typowej jamy pooperacyjnej należy przeciwstawić liczne przypadki, stosunkowo jeszcze dość pomyślne, w których jama ta wypełnia się szybko tkanką i jeszcze liczniejsze niepomyślne, w których proces ropienia nie ustaje i powstają coraz nowe pokłady ziarniny, zmuszając do niekończącej się serii poprawek i reoperacji.

[1]) Płyn Bonaina jest to mieszanina kwasu karbolowego, mentolu, kokainy i alkoholu. (Przyp. Ref.).

Autor dzieli ropienie przewlekłe ucha środkowego na trzy grupy: I) ropienie przewlekłe pospolite, II) ropotok trąbkowy (l'otorrhée tubaire) i III) czystą attykopatię przewlekłą. W grupie I rozróżnia autor sześć odmian klinicznych. P i e r w s z a, to suche przedziurawienie błony bębenkowej. Odmiana ta pozornie tu nie przynależna winna być wymieniona, albowiem przy dokładnym badaniu wzrokiem, lupą i sondą wykryje lekarz niekiedy, poza pozornie suchym przedziurawieniem, czynne zmiany w attyku. D r u g a odmiana, to zwykłe ropienie ucha środkowego, jużto periodyczne, z długimi nieraz przerwami suchymi, już też nieustające przez całe lata. Przy ropieniu periodycznym punktem zaczepienia leczenia, — zawsze zachowawczego (co do ucha) — będą drogi oddechowe jako punkty wyjścia nawrotów ropienia, tylko wyjątkowo nawrót następuje przez bezpośrednie zakażenie jamy bębenkowej od strony przewodu zewnętrznego. Także w ropieniu nieustającym ograniczyć się należy do leczenia zachowawczego dróg nosowych i ucha, jakoteż do zarządzeń natury ogólnej (balneoterapia itp.). Poza ropieniem periodycznym i stałym rozróżnia autor w odmianie tej zaostrzenie. Zaostrzenie różni się od tamtych dwóch zespołów nagłym i silnym wzmożeniem się wycieku, podwyżką ciepłoty ciała, bólem w uchu, niekiedy zawrotami głowy. Ta postać wymaga bacznej obserwacji. Zaostrzenie przeważnie kończy się przebrzmieniem objawów, wyjątkowo tylko prowadzi do konieczności zabiegu operacyjnego doszczętnego. Wypadek ten zajdzie wówczas, gdy dojdziemy do wniosku istnienia zmian niszczących w kości lub przeoczonego dotąd perlaka. T r z e c i ą odmianą jest perlak.

Podczas gdy w odmianie drugiej otoskopia wykazuje niedobrzeżne przedziurawienie, nie obejmujące błony Shrappnella, to przy perlaku spotkamy przeciwnie zawsze przedziurawienie w błonie Shrappnella, albowiem perlak nigdy nie omija attyku, tj. przestrzeni nadbębenkowej. Wśród objawów prowadzących do rozpoznania perlaka rozróżnia autor dwa zespoły: 1) objawy pewne: a) łuski białe perlakowe w przewodzie, b) widzialną całą masę perlakową w okolicy attyku, c) drążenie sondy w miękką masę („marron cuit"), umiejscowioną w attyku) i 2) objawy prawdopodobne. Do nich należy charakterystyczny cuchnący zapach wydzieliny i sam fakt zajęcia attyku, gdyż takowe jest przeważnie związane z zaistnieniem perlaka. Z tym wszystkim autor rozróżnia jednak dwie grupy perlaka: dobrotliwy (otorrhée cholestéatoma teuse benigne, non chirurgicale) i chirurgiczny (otorrhée cholésteatomateuse chirurgicale). Stwierdzenie perlaka nie jest tedy bynajmniej identyczne ze wskazaniem do zabiegu doszczętnego. Przeciwnie, zabiegi zachowawcze w grupie pierwszej prowadzą niemal zawsze do daleko idącej redukcji wydzieliny lub nawet do zupełnego osuszenia. Ta grupa dobrotliwa cechuje się następującymi objawami: 1) wydzielina jest nieznaczna lub zupełnie niecuchnąca; 2) zaostrzenia znachodzą się rzadko i są lekkie; 3) czynność nerwu ślimakowego (słuch) jest nienaruszona[1]);

[1]) Autor mówi o „integrité de la fonction cochléaire". Lecz może autor ma na myśli tylko niewygaśnięcie czynności nerwu, bo chyba trudno będzie znaleźć perlak przy pełnowartościowym słuchu.

4) niema bólów głowy, ani usznych, niema zawrotów głowy i innych zaburzeń przedsionkowych; 5) niema objawu przetokowego. Zabiegami zachowawczymi można nader często usunąć masę perlakową w całości lub częściami przez przewód zewnętrzny. Inaczej rzecz się ma w perlaku chirurgicznym. Cechuje się on obfitym wyciekiem, nie ustępującym pod wpływem leczenia, bólami w uchu i bólami głowy, zwłaszcza połowiczymi, objawami błędnikowymi, objawem przetokowym, gorączką, złym samopoczuciem, chudnięciem, odczynem cytologicznym, chociażby lekkim w płynie mózgowo-rdzeniowym. W takich przypadkach zabieg doszczętny jest nieodzowny. C z w a r t a odmiana, to forma polipowa. Rozmaite podgrupy, opisane przez autora, można tu pominąć. W odmianie tej należy wyczerpać wszelkie drogi leczenia zachowawczego, m. in. systematyczne usuwanie polipów, zanim zadecydujemy zabieg doszczętny.

P i ą t a odmiana, którą autor wyszczególnia, to ropienie obustronne lub forma jednostronna, skojarzona z głuchotą strony przeciwnej. Zachodzą tu trzy możliwości: a) gdy np. chory ma być operowany po stronie lewej, a cierpi na ropienie także strony prawej, przy zachowanym tamże dobrym słuchu i nie wymaganym tamże zabiegu operacyjnym, wówczas wzmacnia to wskazanie do zabiegu na uchu lewym (chyba, że zanosi się na możliwość rozszerzenia w niedalekiej przyszłości wskazania na stronę prawą. b) Gdy chory przeszedł już zabieg doszczętny po stronie drugiej i wykazuje tamże dobre wyniki co do wyleczenia i czynności słuchowej, stanowi to również zdaniem autora zachętę do wykonania zabiegu doszczętnego na uchu obecnie chorym, ze względu na widoki podobnego wyniku. c) Przeciwnie, gdy chory jest już głuchy na drugie ucho, stanowi to silny hamulec dla wykonania zabiegu doszczętnego na uchu obecnie chorym. S z ó s t ą i ostatnią odmianę „ropienia przewlekłego pospolitego" stanowią ropienia powikłane. Tutaj nagłe i niezaprzeczalne niebezpieczeństwa groźnych powikłań obracają w niwecz wszelkie inne rozważania i zmuszają do niezwłocznej operacji. Tu wszakże autor w przeciwieństwie do swoich tendencji zachowawczych podkreśla, że nagłość wskazania operacyjnego nie musi mieć źródła w jawnych i gwałtownych objawach, lecz że oko fachowca może wykryć dość skryte objawy, stanowiące hasło do niezwłocznego wkroczenia.

II) Druga grupa autora, ropotok trąbkowy, odznacza się następującymi objawami: a) przedziurawienie w przednim kwadrancie, zmienionej patologicznie błony bębenkowej, zrośniętej niekiedy z wzgórkiem (promontorium), b) brak granulacji, polipów, objawów perlaka lub schorzenia kości, c) wyciek przeważająco śluzowy w najrozmaitszych odmianach, lecz z wyraźną zależnością nasilenia od stosunków w drogach oddechowych i d) dobry słuch. Cierpienie to samo przez się nie daje nigdy wskazania do zabiegu, tym bardziej doszczętnego. Dopiero dołączenie się powikłań o typie, dającym samo przez się wskazanie do zabiegu, może tu być decydujące. Wskazówki czerpie się z rozwoju całokształtu obrazu klinicznego, przy czym i obraz rentgenologiczny wyrostka sutkowego ma wybitne znaczenie. Ważnym będzie tu

również rozróżnienie, czy obraz ten usprawiedliwi wykonanie zabiegu doszczętnego, czy też wystarczy ograniczyć się do antromastoidotomii. W pierwszym wypadku zaostrzenie ropotoku trąbkowego będzie należało uważać za czynnik, powodujący zaostrzenie nieuwzględnionego dotąd procesu przewlekłego z grupy już omówionej I) lub z grupy następnej (III).

III) Trzecia grupa, to przewlekłe zapalenie attyku (atticite chronique). Z grupy tej jest wyłączony perlak, omówiony już w grupie I. Typowe leczenie tej formy, to leczenie zachowawcze, a mianowicie płukanie systematyczne attyku rurką Hartmanna. Warunek skuteczności stanowi wygodny dostęp do attyku przez względnie dość szerokie przedziurawienie. Leczenie takie prowadzi często do wystarczającej poprawy pod względem zmniejszenia, a niekiedy i usunięcia wycieku i w tych wypadkach może być uznane za najlepszą formę leczenia, zwłaszcza, gdy proces toczy się jako odgraniczony od właściwej jamy bębenkowej, co wyraża się w prawidłowym słuchu i wyglądzie błony bębenkowej. Droga ta natomiast nie prowadzi do celu przy ciasnym przedziurawieniu. Uwzględniając, iż attyk jest częstym punktem wyjścia groźnych powikłań błędnikowych i oponowych, względnie wśródczaszkowych, nie należy zwlekać z zabiegiem doszczętnym w razie objawów zatrzymania wydzieliny lub zwiastunów wspomnianych powikłań. Przy dobrze zachowanym słuchu wskazanym jest w pierwszym rzędzie t. zw. zabieg doszczętny zachowawczy. Zabieg doszczętny typowy należy uważać zawsze jako ostateczność i jako zło konieczne, a to w myśl uwag, przytoczonych na wstępie.

Przyczyny i leczenie porażenia nerwu powrotnego. (Causes et traitement de la paralysie des nerfs recurrents). H. G u t z m a n n.

j. w. Nr. 3.

Zastanawiając się nad przyczynami porażeń nerwu powrotnego autor stwierdza przede wszystkim postępy, jakie uzyskane zostały w rozpoznawaniu tego cierpienia zapomocą stroboskopu. Zapomocą tego przyrządu można wykazać nieznaczne nawet zaburzenia w amplitudzie drgań struny głosowej.

Około 9% chorych polikliniki berlińskiej z zaburzeniami głosu wykazuje, przy zastosowaniu stroboskopu, porażenie nerwu powrotnego po strumektomii.

Spostrzeżenie to doprowadziło już do ograniczenia wskazań do tego zabiegu. Porażenie występuje nierzadko po grypie. Jeden przypadek został stwierdzony podczas leczenia wady wymowy, został on usunięty leczeniem w ciągu 3 dni, raz wystąpił u chorego z kiłą trzeciorzędną, lecz z ujemnym Wassermanem. Nie ulega wątpliwości, że mnóstwo przypadków ma tło psychiczne. Spostrzegano je po operacjach wszelkiego rodzaju np. ginekologicznych (bez owariektomii!).

Dlatego też zdaniem autora porażenie takie po strumektomii bynajmniej nie musi być następstwem błędu technicznego. Leczenie polega na: 1) wibracji elektromechanicznej, czyli na masażu pneumatycznym, 2) na uderzeniach elektrycznych, synchronicznych z tonem produkowanym przez leczonego, uderzeniach, wywołanych intermitującym prądem stałym i na t. zw. „wibracji harmonicznej", przy czym leczony otrzymuje uderzenia mechaniczne w klatkę piersiową pojedyńczo lub wielokrotnie proporcjonalne z częstością drgań tonu, równocześnie przez chorego produkowanego. Autor stosuje przede wszystkim tą ostatnią metodę i jest z wyników zadowolony.

A. Schwarzbart.

CHOROBY SKÓRY.

Rakotwórcze działanie słońca w powstawaniu nowotworów skóry. Le role cancérigène du soleil dans les néoplasies de la peau). P. G a s q u e t.

Artykuł nie powinien swoim tytułem wzbudzać heliofobii, nie jest nawet wymierzony przeciwko przesadnej heliofilii, zwraca jedynie uwagę na pewien niekorzystny wpływ światła, który łącznie z innym czynnikiem może być powodem powstania nowotworu na skórze.

A. L u m i è r e w swojej książce o nowotworach („Le cancer, maladie des cicatrices") zebrał szereg spostrzeżeń, dotyczących powstawania nabłoniaków: 1. nabłoniaki skóry brzucha (zwykle osłanianego odzieżą) są prawie nieznane. 2. nabłoniaki twarzy są bardzo częste u marynarzy i żeglarzy, którzy od wczesnej młodości przeważnie przebywają na morzu, narażając twarz na ustawiczne nasłonecznienie. 3. brodawki łojotokowe, częsty punkt wyjścia nabłoniaka, powstają u ludzi starych na częściach odkrytych. 4. rogowacenie przedrakowe, które jest często następstwem trądzika, również występuje na twarzy. 5. nabłoniak, rozwijający się w następstwie długotrwałego tocznia, powstaje prawie wyłącznie na twarzy. 6. nabłoniaki ogółem są najczęstsze na częściach skóry odkrytej, jak nos, wargi, uszy.

Oprócz niekorzystnego działania promieni słonecznych, konieczna jest, jak twierdzi L u m i è r e, do powstania nowotworu obecność blizny. Blizna musi być stara, dwadzieścia i więcej lat utrzymująca się. Blizna ta poddana musi być ponownemu urazowi. Tym ponownym urazem może być przekrwienie i podrażnienie, jakie wywołuje w tkance działanie światła.

Według prof. R o f f o (Argentyna) samo naświetlanie skóry, kilkakrotnie powtarzane może być przyczyną powstania nabłoniaka. Skóra płodu, znajdującego się w łonie matki zawiera we wszystkich swoich częściach równą ilość cholesteryny. Stopniowo z wiekiem, części skóry naświetlanej, zawierają proporcjonalnie do siły naświetlanej coraz więcej cholesteryny. Wiadomo, że tkanka rakowa również obfituje w cholesterynę. Zdaniem prof R o f f o cholesteryna, zjawiająca się w skórze pod wpływem naświetlenia jest substancją, usposabiającą do powstawania nabłoniaka. Przypuszczenie swoje potwierdził prof. R. w doświadczeniach wykonanych na 600 szczurach.

Zdaniem autora obie powyższe teorie mają swoje uzasadnienie. Nawet makroskopowo nie wykazująca blizn skóra, może być w swoim utkaniu pierwotnie uszkodzona, a powtórny uraz, jakim jest w tym miejscu naświetlenie, może wywołać powstanie nabłoniaka. Tym należy tłumaczyć fakt powstawania nowotworu tylko w jednym miejscu skóry naświetlonej, a nie w kilku równocześnie. Skóry białe, rasy północnej i w ogóle blondynów są szczególnie usposobione do tego, aby po naświetlaniu zareagować wytworzeniem nabłoniaka.

Naczyniaki jako guzy rozwijające się. (Les angiomes, tumeurs évolutives). A. Touraine, Duperrat.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1938. Nr 7.

W powstawaniu naczyniaków odgrywają rolę dwa czynniki; nabyty, zapalny i wrodzony (dysembryoplastyczny). Nierówny udział tych dwóch czynników w etiologii naczyniaków skłania autorów do podziału tych nowotworów na następujące grupy:

1. naczyniaki, w powstaniu których, główną rolę odgrywa czynnik miejscowy, zapalny;
2. naczyniaki o etiologii mięszanej;
3. naczyniaki pochodzenia konstytucjonalnego, wrodzone.

Podział ten potwierdza również badanie utkania naczyniaków. Badanie utkania tych nowotworów pozwala nam ponadto stwierdzić, że naczyniaki mają swoje życie własne, swój rozwój zależny od uszkodzenia i przerostu tkanki podścieliskowej i prawdopodobnie siateczkowo - śródbłonkowej. Układ siateczkowo - śródbłonkowy jest układem potencjalnie bardzo żywotnym i stąd pochodzi bogactwo utkania naczyniaków, w których skład wchodzą niejednokrotnie równocześnie tkanka naczyniowa, włóknista, siateczkowo - śródbłonkowa, tłuszczowa a nawet nowotworzenie się ciałek krwi. Naczyniaki żyją swoim odrębnym życiem, rosną, zanikają, odnawiają się lub ulegają zwyrodnieniu. Dzieje się to dzięki nie tylko przerostowi naczyń, lecz także dzięki obecności w nich komórek o bogatych zasobach potencjalnych.

Gruźlica sromu. Dwa przypadki pierwotnej wrzodziejącej gruźlicy sromu. (La tuberculose vulvaire. A propos de deux observations personnelles de tuberculose ulcéreuse de la vulve apparemment primitive). J. Gaté, P. J. Michel.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1938. Nr 8.

Prątek Kocha dwoma drogami może się dostać w okolice sromu: a) z zewnątrz, co od dawna jest powszechnie wiadome, co jednak zdarza się względnie rzadko, pomimo że sposobności do tego rodzaju zakażenia są bardzo liczne. Gruźlica z zewnątrz może się przedostać w okolice sromu za pomocą wszelkich przedmiotów (kanki, pessaria, przedmioty używane do samogwałtu), lub palców zakażonych własnymi prątkami, wykrztuszanymi z płuc, ewentualnie przez stosunki płciowe. Jeżeli pomimo tak licznych sposobności, zakażenie takie jest rzadkością, to dzieje się to dlatego, że skóra i śluzówka sromu stanowią niekorzystne podłoże dla gruźlicy. W miejscu wszczepienia gruźlicy powstanie, u człowieka zdrowego owrzodzenie gruźlicze i typowa zmiana w najbliższych gruczołach chłonnych, u chorego gruźliczego, rozwinie się w miejscu wszczepienia guziczek gruźliczy lub wykwit gruźliczy brodawkujący.

U niektórych ludzi, którzy przeszli niewątpliwe zakażenie gruźlicze, np. płuc i z tego zakażenia się wyleczyli, może powstać przez zaszczepienie z zewnątrz również wykwit typu pierwotnego, będzie to tak zwany pseudo-pierwotny zespół skórny.

Jakkolwiek dość częste są przypadki, w których

trudno się zdecydować, czy mamy do czynienia z zakażeniem z zewnątrz, czy z endogennym (gruźlica gruczołu Bartholiniego, odbytnicy), to jednak istnieją niewątpliwie przypadki, w których zakażenie przedostało się drogą krwi (gruźlica przerzutowa) z innych ognisk gruźliczych.

Bulkley dzieli gruźlicę sromu na następujące postaci:

1) postać wrzodziejąca twarzy, wykwit pojedyńczy, mało bolesny, długo nie gojący się, któremu towarzyszy zajęcie jednego lub dwóch gruczołów chłonnych w pachwinie. Ta postać często przebiega jednak nietypowo, może naśladować chorobę Nicolas-Favre'a, może także wyjątkowo stać się groźną dla życia przez szybkie szerzenie się owrzodzenia i posocznicę prątkową lub inną, wtórną.

2) postać wrzodziejąco - przerostowa, najczęstsza, prowadzi często do słoniowacizny sromu, przebiega wybitnie przewlekle, może być groźną przez zakażenie sąsiednich narządów.

3) postać przerostowa, najrzadziej występująca sprawia nieraz znaczne trudności w rozpoznaniu, ze względu na podobieństwo do kiły lub choroby Nicolas-Favre'a.

4) postać głęboka, dla której punktem wyjścia są gruźliczo - zmienione części głębsze, na sromie tworzą się przetoki i ropnie gruźlicze.

5) postać powierzchowna toczniowa (lupus vulvae) zwykle równocześnie wrzodziejąca ze względu na łatwość maceracji w okolicy sromu.

Przypadek opisany przez Hellerström'a (Stockholm) jest przykładem pierwotnej, wrzodziejącej gruźlicy sromu. Małe owrzodzenie w sąsiedztwie ujścia gruczołu Bartholiniego u 22-letniej kobiety naśladowało by lymphogranulomatosis inguinalis ze względu na znaczny obrzęk i nacieczenie gruczołu pachwinowego. Wszczepienie prątków Kocha nastąpiło kilka tygodni przed pojawieniem się owrzodzenia, podczas stosunku płciowego z człowiekiem, któremu uprzednio usunięto gruźliczo zmienioną nerkę i moczowód. Posiew moczu tego chorego dał hodowlę prątków Kocha. Owrzodzenie to należy uważać za pierwotne, gdyż chora wolna była od innych zmian gruźliczych, a odczyn ze strony gruczołu chłonnego był bardzo duży i wykazywał skłonności do zgorzeli. Dodatnie próby gruźlicze, wykonane w 2-gim miesiącu cierpienia nie wykluczały wykwitu pierwotnego. Ponadto, gdyby chora nie stanowiła podłoża całkowicie wolnego od zakażenia, mała ilość prątków, która przedostała się podczas stosunku płciowego, nie wystarczyłaby bezwątpienia do zakażenia chorej.

Spostrzeżenia własne autorów dotyczą:

1) młodej kobiety, u której cierpienie rozpoczęło się wystąpieniem rumienia guzowatego (klasyczny zespół pierwotny) i równocześnie owrzodzenia zgorzelinowego sromu. Szybko nastąpił ostry odczyn ze strony gruczołów chłonnych. Przypadek ten zakończył się w kilka miesięcy później zejściem śmiertelnym w następstwie rozsiania się gruźlicy drogą krwiobiegu. Źródło zakażenia w tym przypadku pozostało nie wykryte.

2) w drugim przypadku owrzodzenie gruźlicze sromu wystąpiło w 7 miesięcy po ślubie u kobiety, której mąż zmarł nagle z powodu zapalenia opon mózgowych, prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego. Owrzodzenie małe i nie złośliwie przebiegające, a także dyskretny odczyn ze strony gruczołów pachwinowych, pozwalały rozpoznawać zespół pseudopierwotny.

Z. Jastrzębska.

KOMUNIKATY.

XXX ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH ODBĘDZIE SIĘ WE LWOWIE W DNIACH 16, 17 i 18 KWIETNIA 1939 R.

Tematy Programowe:

I. Kamica nerkowa i moczowodowa. Referenci: Prof. Dr S. Laskownicki (Lwów).

„Etiologia, patogeneza oraz anatomia patologiczna kamicy nerkowej i moczowodowej". Doc. K. Nowakowski (Poznań).

„Klinika kamicy nerkowej i moczowodowej".

II. Leczenie powikłań złamań kości .Referenci: Prof. Dr. A. Gruca (Lwów). Dr. T. Sokołowski (Warszawa).

Zgłaszanie rozpraw nad tematami programowymi oraz zgłoszenie referentów na tematy dowolne winno nastąpić najpóźniej do dnia 15 marca 1939 r. na ręce sekretarza Dr. J. Sieniawskiego (Lwów, ul. Pijarów 4. Klinika chirurgiczna U. J. K.).

Do zgłoszonych referatów na tematy dowolne winno być dołączone conajmniej krótkie streszczenie referatu. Liczba referatów na tematy dowolne może być przez Prezesa Towarzystwa ograniczona. W czasie Zjazdu odbędzie się wystawa środków farmaceutycznych i urządzeń klinicznych. Zgłoszenia zainteresowanych firm w sprawie stoisk przyjmuje Dr. farm. Ewa Szymańska (Warszawa, ul. Bytomska 2).

Prezes:
Prof. Dr T. Ostrowski.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40

PASSIFLORINA

przetwór krajowy

STANDARYZOWANE WYCIĄGI
Z ROŚLIN HODOWANYCH
W SPECJALNYCH WARUNKACH
GLEBY I KLIMATU

DZIAŁA USPAKAJAJĄCO
I PRZECIWSKURCZOWO



WSKAZANIA:

NERWICE
NEURASTENIA
STANY LĘKOWE
ZABURZENIA NERWOWE
W OKRESIE POKWITANIA,
MIESIĄCZKI I PRZEKWITANIA
PRZEMĘCZENIE NERWOWE
BEZSENNOŚĆ NA TLE NERWOWYM

BRAK DZIAŁAŃ UBOCZNYCH
Wystrzegać się naśladownictw

Chem. Farm. Zakł. Przem.-Handl.
Warszawa 22, ul. Kaliska 9
L. NASIEROWSKI